Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
(Direktor: Professor Dr. C. J. Gauss)

Austastung post partum

Schrifttum und eigne Erfahrung

*

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Werner Böhm
aus Fulda

1937
Buchdruckerei Fritz & Rappert, Ochsenfurt am Main

Referent: Professor Dr. C. J. *Gauß*

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg

Disposition.

Seite

I. Schrifttum:

1. Über die Austastung p. p. bei retinierten Blutcoagula 5
2. Über die Austastung p. p. bei Decidua-Retention 9
3. Über die Austastung p. p. bei Placentarstück-Retention 10
4. Berichte über die Ergebnisse bei Austastung unmittelbar p. p. und im Wochenbett 13
5. Vergleichende Betrachtung über die Ergebnisse der konservativen Therapie bei Uterusblutungen p. p. und den Resultaten, die durch Uterusamputationen erzielt wurden 21

II. Eigene Erfahrung:

I. *Kasuistik* 25

II. *Kritische Besprechung* 68

1. Material 68
2. Indikation 69
3. Austastungsbefund 70
4. Prognose 72
5. Austastung bei Decidua-Retention 75
6. Austastung bei Placenta praevia 75
7. Schlußwort 76

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549802_0198

Über den Wert und die Gefahren der therapeutischen Maßnahmen zur Bekämpfung der pathologischen Nachgeburtsblutungen besteht im allgemeinen eine wenig einheitliche Auffassung, vor allem bezieht sich diese geringe Übereinstimmung auf die Frage der manuellen Austastung der frischentbundenen Gebärmutter.

Zweck dieser Abhandlung soll sein: Erstens an Hand der im Laufe der letzten Jahre erschienenen Literatur die Ansicht verschiedener Geburtshelfer wiederzugeben und ihre therapeutischen Maßnahmen zu erörtern; zweitens an dem in der Zeit von 1923 bis 1935 gesammelten Krankenmaterial der Würzburger Universitäts-Frauenklinik die Ergebnisse der angewandten Behandlungsmethoden festzustellen. Es wird dabei besonderes Gewicht auf die Frage gelegt, in wieweit bei der Austastung des Uterus p. p. in ihm gefundene bezw. nicht gefundene Placentarreste der Eingriff sich nachträglich als indiziert oder nicht indiziert bewiesen hat. Eine intrauterine Austastung wurde seit den Erfahrungen der voraseptischen Zeit als unverhältnismäßig gefährlich hingestellt, zumal ja nur ein kleiner zurückgebliebener Placentarrest die Indikation dazu abgab. Mit der Zeit aber wurden die Indikationsgrenzen von den verschiedensten Autoren sehr viel weiter gezogen; man hört in der Literatur davon, daß retinierte Deciduareste noch im Spätwochenbett foudroyante Spätblutungen machen können. Die Austastung des Uteruscavum wird weiter verlangt nicht nur bei der Möglichkeit verhaltener Eiteile, sondern es wird von einigen Gynäkologen die Austastung selbst dann empfohlen, wenn in ihm sich bildende Blutcoagula eine anhaltende Blutung verursachen. Mit dieser Erweiterung des Indikationsbereiches wird gleichzeitig die Angst vor der durch diesen Eingriff entstehenden Infektionsgefahr als unbegründet abgelehnt.

I. Über die Austastung post partum bei retinierten Blutcoagula.

Prager, ein Norweger, berichtet in einer im Jahre 1926 erschienenen Veröffentlichung im Zentralblatt der Gynäkologie (Jahrgang 50), daß in Norwegen von allen Frauenkliniken, Ärzten und Hebammen die manuelle Entfernung von festsitzenden Blutcoagula und Eihautresten aus dem Uterus schon seit 20 Jahren angewandt würde, während diese Behandlungsmethode in Deutschland fast völlig unbekannt sei. Es sei das Verdienst des Gynäkologen Brandt, der nach Übernahme des geburtshilflichen Lehrstuhls an der Osloer Universität auf die von ihm seit Jahren erprobte Therapie der

Austastung hinweist. PRAGER erklärt, daß bereits vor 200 Jahren LEVRET, Gynäkologe zu Paris (1703—1780), die manuelle Entfernung von Blutgerinnsel gegen atonische Nachblutungen angewandt habe, und daß auch SAXTROPH vor 140 Jahren in Dänemark diese Therapie empfahl, etwas, was dann wieder in Vergessenheit geraten sei.

BRANDT lehrt: Nach der Geburt der Placenta, schon nachdem sich der Uterus kontrahiert hat, treten oft Nachblutungen von mehr oder minder großer Intensität auf.

Man vereinige diese meist unter dem Namen „atonische Nachblutungen". Der Grund hierfür liegt aber fast immer in zurückgehaltenen Eihautresten oder zäh festsitzenden Blutcoagula, deren Entfernung weder durch Massage und Credé noch durch Sekale gelingt. Es müßte hier unbedingt die manuelle Entfernung dieser Eihautreste und festsitzenden Blutcoagula erfolgen. BRANDT geht hierbei so vor, daß er die desinfizierte — 15 Minuten — und in dringenden Fällen kurz mit Jodtinktur bepinselte unbehandschuhte Hand in den Uterus einführt und da Stück für Stück die festhaftenden Blutcoagula losschält und entfernt. Gleich nach der Entleerung kontrahiere sich dann der Uterus kräftig und die Blutung steht dann sofort.

Die Frage, ob die Entfernung festsitzender Blutcoagula durch Expression oder andere Mittel möglich sei, wird von BRANDT verneint. Er sagt: „Ich selbst habe skeptischer Weise bei Nachgeburtsblutungen den Uterus durch Expression von seinen Blutcoagula zu entleeren versucht; frischere Blutcoagula kamen heraus. Der Uterus wurde aber nicht dauernd hart, und die Blutung stand nicht dauernd. Bei der manuellen Ausräumung mußte ich dann etwa kinderfaustgroße, wie Placentargewebe an der inneren Uteruswand festsitzende weniger frische Blutcoagula herausholen, worauf der Uterus dauernd hart wurde und die Blutung stand. Ebensowenig wie es gelingt eine festsitzende Placenta zu exprimieren, ebensowenig gelingt es festsitzende Blutcoagula durch äußere Handgriffe zu entfernen oder gar durch Sekale."

An 100 Fällen manueller Austastung, mit Entfernung von Blutcoagula oder Eihautresten, versucht BRANDT die Ungefährlichkeit dieses Eingriffes zu beweisen. Die Temperaturkurve war, nach fieberfreien Spontangeburten:

78 mal absolut reaktionslos
7 mal Eintagsfieber (nicht über 38,5°)
6 mal Mehrtagsfieber (nicht über 38,5°)
2 mal afebrile Oberschenkelthrombose
7 mal stinkende Lochien mit Temperaturen von 38,0°, nur in 2 Fällen je ein Tag 39,5°.

Es sei also fast nie ernstes Fieber im Wochenbett aufgetreten, nie ein Todesfall. Durch die Entfernung der Blutcoagula entziehe man den Bakterien den günstigsten Nährboden und der dann besser kontrahierte und anämischere Uterus erschwert den Bakterien das tiefere Eindringen; und

gerade darin, in der prophylaktischen fiebervorbeugenden Wirkung, liegt der besondere Wert der manuellen Entfernung von Eihautresten und festsitzenden Blutcoagula.

Retinierte Blutcoagula sind nicht nur eine Infektionsgefahr, sondern, wie schon STÖCKEL im Jahre 1925 auf dem Gynäkologen-Kongreß betonte, sie üben ganz besonders eine blutverstärkende, man könnte fast sagen uteruslähmende Wirkung aus.

Bei den erwähnten 100 Fällen von Austastungen, die sich auf eine Zeit von 3 Jahren und insgesamt 4 500 Geburten beziehen, betrug die Blutungsmenge:

19 mal bis 500 gr.
36 mal 500 bis 1000 gr.
37 mal 1000 bis 1500 gr.
7 mal 1500 bis 2200 gr.
1 mal 3500 gr.

PRAGER betont, daß auf Grund der guten Erfahrungen, die diese BRANDT'sche Therapie gemacht habe, dieses Mittel nicht nur dem Spezialisten, sondern auch dem aseptisch arbeitenden prakt. Arzt als zuverlässig und gefahrlos empfohlen werden könne, denn es mache ihn unabhängig von der hier zwecklosen Sekalespritze, erspare ihm Zeit und der Mutter Blut.

Angeregt durch diese von PRAGER gemachten Ausführungen bringt wenige Zeit später der deutsche Gynäkologe Ernst R. KOCH einen Bericht, in dem er an Hand eines selbst beobachtenden Falles zur Frage der durch retinierte Blutcoagula hervorgerufenen Nachgeburtsblutungen, Stellung nimmt. Er macht darauf aufmerksam, daß in der deutschen Literatur bis dahin Hinweise auf diese Ätiologie von Nachgeburtsblutungen fehlen, und über die dabei anzuwendende Therapie.

ZANGENMEISTER (im Döderlein'schen Handbuch) spricht von Blutcoagulis, die die untere Apertur des Hohlmuskels verlegen und dadurch die Uterusentleerung verhindere; eine die definitive Retraktion des Uterus verhindernde Menge Blut bleibe zurück, an der die Entbundene durch andauernde Blutung verbluten könne.

„Der hier beschriebene Vorgang" — so fährt ZANGENMEISTER fort — „ist recht häufig, er wird vielfach mit dem Begriff der Atonie zusammengeworfen und demgemäß falsch beurteilt und behandelt."

Es fehlt aber dabei jeder Hinweis auf die einzuschlagende Therapie und die eventuell nötige manuelle Entfernung der Blutcoagula. Es ist dort nur von Expression die Rede.

In seinem Lehrbuch (1920) sagt STÖCKEL: „Den Vorschlag, bei jeder Atonie post partum in den Uterus einzugehen, um ihn durch Entfernung der im Uteruscavum befindlichen Blutgerinnsel zur Kontraktion zu bringen, halte ich für falsch und gefährlich."

KOCH fährt dann weiter fort, daß man also in keinem der bekanntesten Lehrbücher finde, daß es Fälle von durch retinierte Blutcoagula ver-

ursachte Blutungen gibt, die nur und unbedingt, durch manuelle Entfernung der Blutcoagula zu behandeln und zu heilen sind.

Als Beleg für die Richtigkeit dieser Therapie bringt KOCH einen besonders instruktiven selbst beobachteten Fall:

Die Patientin, 35 Jahre alt, kam um 8 Uhr morgens in meine Behandlung. Es handelte sich um III-para; die vorhergegangenen Geburten lagen 13 und 11 Jahre zurück. Wehen bestanden in wechselnder Stärke seit zwei Tagen. Patientin war von einer alten, unsauberen Hebamme mehrfach innerlich untersucht worden.

Es war eine II. Schädellage, Kopf tief im Beckeneingang, die Herztöne regelmäßig. Um Erholung zu schaffen und durch zeitweilige Ausschaltung der Wehen eine bessere Wehentätigkeit zu erzielen, gab ich eine Morphiuminjektion (0,02). Später zweimalige Pituglandolinjektion, darauf gute kräftige Wehen. Um 4 Uhr Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes. Nach 25 Minuten erfolgte die Ausstoßung der Placenta spontan, die sich als sicher vollständig erwies.

Nicht lange danach setzte eine schlimme atonische Nachblutung ein, die ich durch Ergotininjektion, Kathetrisieren der Blase, Massage, Expression des Blutes aus dem Cavum uteri und durch Eisbeutel zu beherrschen suchte. Immer wieder stieg der Uterus, der sich unter der massierenden Hand gut kontrahierte, wieder in die Höhe und die Blutung setzte von neuem ein. Auch eine Pituglandolinjektion half nur vorübergehend. Da der Zustand der Patientin sehr bedrohlich war, hatte man auch zu Herztonika greifen müssen.

Zu einem intrauterinen Eingriff hatte ich mich nicht entschließen können, im Hinblick auf die vorhergegangenen, sicher unsterilen vaginalen Untersuchungen, und weil ich mir nicht viel davon versprach, da die Placenta sicher vollständig war und die Art der Blutung auf keine Rißblutung hinwies. Die Hoffnung, die Blutung durch intravenöse Pituglandolinjektion zu stillen, wurde bald enttäuscht. Der Uterus stieg wieder in die Höhe, die Blutung setzte wieder ein und der Zustand der Patientin verschlimmerte sich immer mehr. Nun stellte ich alle Bedenken zurück, ging mit der schnell desinfizierten und mit sterilem Handschuh bekleideten Hand in den Uterus ein. Es fanden sich mehrere größere Blutcoagula in der Cervix, und ebensolche, festhaftende an der hinteren Uteruswand. Nach dem Eingriff kontrahierte sich der Uterus sogleich gut, die Blutung stand völlig und dauernd. Nach Coffein- und Kampferinjektion besserte sich der Zustand der Kranken zusehends.

Der Verlauf des Wochenbettes wider Erwarten afebril, seine Dauer trotz des schweren Blutverlustes nur 11 Tage.

Auch KOCH (Hamburg) berichtet über 5 ähnliche Fälle im Laufe von zwei Jahren unter 3 222 Geburten. Diese Fälle, so glaubt er, sind vor allem dafür beweisend, daß durch äußere Handgriffe die Blutcoagula nicht entfernt werden können, sondern daß man auch in Fällen von sicher vollständiger Placenta und Eihäuten gezwungen ist in den Uterus einzugehen, denn es sei das schnellste und sicherste Mittel, um die Blutung zu stillen. Den Grund hierfür sucht er darin zu erkennen, daß diese Gebilde der Uteruswand so überaus fest ansitzen können und wegen der relativ kleinen Haftfläche dem äußeren Druck entgehen; anderseits aber könne auch ein frei in der Gebärmutter liegender größerer zäher Blutklumpen durch einen Krampf des inneren Muttermundes zurückgehalten werden. Für den

prompten Erfolg der manuellen Austastung, glaubt Koch, daß neben der Befreiung des Uterus von seinem Inhalt, der dabei ausgeübte starke intrauterine mechanische Reiz, auf den der Uterus mit kräftiger Kontraktion antwortet, mit von sehr wesentlicher Bedeutung sei.

Wir lernen also daraus, jedesmal bei schweren Nachblutungen post partum von unklarer Ätiologie und bei sicher unvollständiger Placenta, möglichst frühzeitig den Uterus manuell auszutasten. Wir bringen dadurch die Blutung zum Stehen und entziehen den Bakterien einen günstigen Nährboden für ihre Ansiedlung. Und gerade in der prophylaktischen, fiebervorbeugenden Wirkung liegt der große Wert dieser Therapie.

II. Über die Austastung p. p. bei Decidua-Retention.

Über die Bedeutung länger retinierter Deciduastücke im puerperalen Uterus liegen nur sehr spärliche Beobachtungen vor. Es ist daher nicht wunderlich, daß die Ansichten der verschiedenen Geburtshelfer über die einzuschlagende Therapie sehr weit auseinander gehen.

Während Viele der Retention decidualer Teile keinerlei Bedeutung beimessen, wenn nicht auch choriale Bestandteile mit ihnen zurückgehalten werden, ist es andererseits bekannt, daß Deciduainseln zur Bildung von Polypen und atonischer Zustände post partum führen können.

Als Ursache der Spätblutung post abortum hat Franke in einem Falle eine variköse Erweiterung der in einem Deciduastück verlaufenden Gefäße nachgewiesen. Auch P. W. Siegel ist der Ansicht, daß die noch mächtige Decidua nach Fehlgeburten im Gegensatz zur Decidua nach ausgetragenen Schwangerschaften viel eher die Ursache von Spätblutungen abgeben können.

Klaften (Wien) weist an Hand von 3 Fällen nach, daß auch retinierte Deciduapartien nach normalzeitig absolvierter Gravidität, infolge mangelhafter Involution der Gefäße zur Ursache von Spätblutungen werden können.

Für die Ätiologie dieser Blutungen im Puerperium scheint die Tatsache von Wichtigkeit, daß in den bisher beobachteten Fällen meist Mehrgebärende betroffen, ferner daß bei vielen Frauen artificielle Aborte vorausgegangen waren. Auch die Tatsache, daß die Nachgeburtsperiode häufig gestört war und zur Herausbeförderung der Nachgeburt mittels des Credéschen Handgriffes geschritten werden mußte, scheint mit von Belang.

In einem Fall von puerperlaer Blutung handelte es sich um eine 40jährige IV-Gebärende, die vor sechs Jahren das letzte Mal geboren. Die vorausgegangenen Geburten verliefen normal, nur im Wochenbett kam es jedesmal zu einer Harnverhaltung.

Auch die jetzige Entbindung verlief normal; in der Nachgeburtsperiode trat jedoch eine Atonie mittleren Grades auf. Die ausgestoßene Placenta zeigte keinen größeren Defekt, bloß an einer Stelle war ein Fehlen des spiegelnden graugelben Oberflächenüberzuges zu konstatieren, es fehlte hier ein Stück der Decidua compacta. Das Wochenbett war auch diesmal

durch eine Harnverhaltung kompliziert, das Lochialsekret die ganze Zeit blutig. Am 7. Wochenbettstag verließ Patientin zum ersten Mal das Bett, ohne daß irgendwelche Störungen sich einstellten. In der Nacht traten wehenartige Schmerzen im Unterleib auf. Als Patientin am folgenden Tage das Bett abermals verließ, trat plötzlich eine abundante Blutung aus dem Genitale auf, die ein sofortiges Eingreifen indizierte. Die Untersuchung ergab zunächst eine maximal gefüllte Harnblase, durch welche der Uterus nach rechts und über den Nabel hinaus gedrängt war. Der Cervixkanal war für 3 Finger durchgängig, man tastete den unteren Pol eines festhaftenden polypösen Gebildes, das manuell entfernt wurde. Danach wurde das Uteruscavum mit einer heißen Preyl'schen Lösung und mit verdünntem Alkohol gründlich ausgespült. Die Blutung wiederholte sich dann nicht mehr.

Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um in Rückbildung begriffene Deciduapartikel handelte, deren Gefäße weit klafften, keinerlei Rückbildungszeichen aufwiesen und die vollständig mit Blutkörperchen ausgefüllt waren. Zotten waren nicht nachweisbar. Die Gefäßwandungen waren hyalin degeneriert.

Auch in den beiden anderen analogen Fällen bildeten retinierte Deciduastücke die Ursache der Blutung, die nach manueller Ausräumung und Spülung mit heißen Lösungen stand.

KLAFTEN fordert auf Grund seiner Erfahrungen in solchen Fällen von abundanter Blutung im Spätwochenbett die digitale Austastung des Uterus, vor allem aber bei den von auswärts eingelieferten Fällen, in denen wir über die Vollständigkeit der ausgestoßenen Nachgeburt keine sicheren Angaben besitzen. In jenen Fällen dagegen, wo das Lochialsekret Strepto- und Staphylococcen enthält, rät er, sich nur im äußersten Falle zum Eingehen in den Uterus zu entschließen, da die Infektionsgefahr hier eine überaus große ist.

Ein instrumentelles Eingehen in den puerperalen Uterus erachtet KLAFTEN für überflüssig und in der Hand des Ungeübten für zu gefährlich.

III. Über die Austastung p. p. bei Placentarstück-Retention.

Wohl eine der häufigsten Ursachen für das Auftreten von Blutungen post partum ist das Zurückbleiben von mehr oder minder großen Placentarresten im Uteruscavum. Stellen wir nach Besichtigung der ausgestoßenen Placenta fest, daß sie sicher oder wahrscheinlich unvollständig, oder daß etwa eine Nebenplacenta zurückgeblieben, so gehen darin die Ansichten, welche Therapie hier anzuwenden ist, auseinander.

Während ein Teil der Geburtshelfer verlangt, daß immer und in jedem Fall von Zurücklassen von Placentarresten sofort der Uterus auszutasten ist, und der Rest entfernt wird, stehen andere wieder auf den Standpunkt rein konservativ vorzugehen, oder daß nur dann nachgetastet werden soll, wenn das zurückgebliebene Placentarstück größer als eine Haselnuß ist. Maßgebend für diese unterschiedliche Indikationsstellung ist, ob man

die Gefahr der Austastung unmittelbar nach der Geburt des Kindes höher bewertet, oder die Gefahr eines zurückgelassenen vermutlich kleinen Placentarstückes.

Welch schwerwiegende Folgen diese verschiedenen, gegenteiligen Anschauungen für die Gesundheit und das Leben der Mutter hat, ist leicht ersichtlich und darum umso wünschenswerter eine baldige einheitliche Lösung dieser Fragen.

Stöckel nimmt hierzu in seinem Referat anläßlich des 19. Gynäkologischen Kongresses grundsätzlich Stellung.

Er führt aus, daß dann, wenn die Lösung der Gesamtplacenta erfolgt, hie und da ein Placentarrest zurückbleiben könne, daß in den meisten solchen Fällen abnorm starke Nachgeburtsblutungen auftreten und daß das Wochenbett durch ein prognostisch besonders ungünstiges Puerperalfieber kompliziert sei. Glücklicherweise sei es nicht allzu häufig, daß sich bei gänzlich unbeeinflußt gebliebener Nachgeburtsperiode aus dem Placentargewebe ein cotyledo placentae herauslöse und vereinzelt stehen bleibe. Nach Zangenmeister käme das nur dann vor, wenn infolge der Lockerheit der decidualen Septen die Cotyledonen so lose zusammengefügt sind, daß sie leicht auseinanderfallen.

In all diesen Fällen ist dann die Nachgeburtsperiode äußerst blutreich, die Blutungen hören auch nach Ausstoßung der Placenta nicht auf, werden sehr bedrohlich, ja sie können tödlich sein; oder wenn sie sich auf dem Gebärbett stillen lassen, so werden sie im Wochenbett recidivieren und wiederum so stark werden, daß sie das Leben der Frau auf das schwerste bedrohen oder vernichten.

Die Erklärung dieser Blutung ist nicht leicht. Man sollte glauben, daß der Uterus, der ein Kind herauspreßt, eine Placenta ablöst, sich doch erst recht eines solch kleinen Placentarstückes entledigen können müsse. Daß dies nicht so ist, beweisen die Tatsachen.

Stöckel sagt hierzu: „Es ist eben nicht richtig, daß jeder Uterus-Inhalt reflektorisch Uteruskontraktionen hervorruft, die genügen, um den Inhalt zu entfernen. Im Gegenteil, es scheint fast gerade so, als ob ein als Reiz- und Druckobjekt so unzureichender Inhalt sogar lähmend auf die Uterustätigkeit wirkt."

Eine alte Erfahrung sei es, daß die Beherrschung einer Nachgeburtsblutung umso schwerer wird, je später sie einsetzt. Ist der Uterus erst mit koagulierten Blut etwas gefüllt, so arbeitet er schlechter, als wenn er leer ist. Er wehrt sich also gegen einen kleinen Inhalt immer weniger und schließlich gar nicht mehr, wie ja die atonisch vollgebluteten Uteri beweisen.

Von größter Wichtigkeit ist somit die Diagnose über die Vollständigkeit der Placenta. Die Milchprobe, so glaubt Stöckel, sei bei negativem Ausfall nur ein Beweis dafür, daß die Placenta vollständig. Die Besichtigung der Placenta könne sehr oft täuschen, ebenso der Verlauf der Nach-

geburtsperiode, denn die Nachgeburtsblutungen können auch durchaus normal sein, und erst im Früh- oder Spätwochenbett kann eine Nachblutung das erste Wahrscheinlichkeitssymptom für noch im Uterus befindliches Placentargewebe sein. Wegen dieser Unsicherheit der Diagnose und der häufigen absoluten Unmöglichkeit einer sicheren Diagnose hält auch STÖCKEL die von ZANGENMEISTER aufgestellte Forderung als berechtigt, die besagt, in allen unsicheren Fällen im Anschluß an die Geburt eine Austastung vorzunehmen. Für dieses Vorgehen spricht nicht nur die Tatsache, daß die Entbundene gegen die schweren Folgen der Placentarretention geschützt ist, sondern daß auch bei vergeblicher Suche die Wochenbettprognose nicht erkennbar verschlechtert wird.

Gerade darin, daß der Uterus sofort unmittelbar nach der Geburt ausgetastet wird, liegt der Kernpunkt des Handelns, denn schon nach zwölf Stunden ist die Situation gänzlich verändert, die Prognose der Ausräumung sehr viel schlechter, zumindest zweifelhaft. Sie wird umso schlechter, je länger der Placentarrest retiniert ist. Placentarreste sind, wenn sie verspätet aktiv angegriffen werden, oft die Veranlassung der Pyämie.

Fiebert also die Kranke bereits, dann darf die Austastung nur bei lebensbedrohender Indikation und bei sicher fehlendem Placentardefekt vorgenommen werden, andernfalls ist Warten weniger gefährlich.

STÖCKEL stellt daher den Grundsatz auf, in der Klinik die sofortige Nachtastung nicht nur bei zweifelhaftem Placentarbefund, sondern auch bei sich bedrohlich verstärkender atonischer Blutung durchzuführen.

Übereinstimmend mit der Ansicht STÖCKELS fordert PANKOW eine besonders vorsichtige und konservative Leistung der Nachgeburtsperiode in Bezug auf den Ablösungsmechanismus der Placenta. Er sagt, daß jedes frühzeitige Herummanipulieren am Uterus nach Ausstoßung der Frucht zu unterlassen ist, denn das stört nur zu leicht den natürlichen Ablösungsvorgang und kann so die Ursache für die Retention von Placentarteilen werden. Auch warnt er vor der voreiligen Anwendung des Credé'schen Handgriffs. Das ruhige Abwarten der Spontanausstoßung der Placenta verhütet oft das Zurückbleiben von Placentarteilchen.

Ist es nun aber doch zur Retention von Placentarteilchen gekommen, so vertritt PANKOW die Ansicht, daß eine unter streng aseptischen Vorsichtsmaßnahmen und mit sterilen Gummihandschuhen ausgeführte Nachtastung unmittelbar p. p. in dem leicht zugänglichen Uterus im Durchschnitt doch erheblich ungefährlicher für die Wöchnerin ist als wenn auch nur kleine Placentarreste zurückbleiben. Wohl können kleinere Placentarteile oft spontan ausgestoßen werden, doch wer gibt uns Gewähr dafür, daß dieses kleine Placentarstück nicht durch Ablagerung von Fibrin und Blutgerinnsel wächst, und es damit zur Bildung größerer Polypen kommt. Dazu kommt noch die Tatsache, daß in den meisten Fällen die Größe des zurückgebliebenen Placentarstückes nicht mit Sicherheit angegeben werden kann.

Polypen verursachen aber stets sehr bedrohliche Blutungen und schwere, ja selbst tödliche Infektionen. Ist die Widerstandsfähigkeit des Organismus einer solchen Frau durch langes Warten geschwächt, so vermag sie der Infektion nur geringe Widerstandskraft entgegenzusetzen und den einwandernden Keimen ist hier der beste und günstigste Nährboden gegeben, und eine außerordentliche große Gefahr für das Leben dieser Frau.

Da wir einerseits die Größe des zurückgebliebenen Placentarrestes nicht mit Sicherheit feststellen können, anderseits selbst bei Retention kleinster Placentarstücke schwerste Blutungen und Infektionen auftreten können, so hält PANKOW es für gegeben:

1) in jedem Falle bei Placentarstückretention den Uterus auszutasten und den Rest zu entfernen,
2) Hände weg vom Uterus in der Nachgeburtsperiode, um den normalen Ablösungsmechanismus nicht zu stören und die Möglichkeit der Retention von Placentarstückchen nicht zu erhöhen.

Zur Frage manuelle oder instrumentelle Ausräumung des post partalen Uterus erscheint mir eine von HENKEL (Jena) gemachte Feststellung von großer Wichtigkeit. Er weist darauf hin, daß bei lokal bleibenden Infektionsprozessen im Endometrium eine Granulationsschicht gegen den Intionsherd, gewissermaßen als Ausdruck von natürlichen Heilungsvorgängen, gebildet wird.

Diesen Granulationswall dürfe man bei der Entfernung des Placentarrestes nicht verletzen.

Deshalb ist seine Auffassung auch dahin gehend, alle diese Lösungen manuell oder, besser gesagt, digital vorzunehmen, und zwar durch vorsichtiges Abdrücken des vorstehenden Placentargewebes. Niemals soll man dabei tiefer in die Wand eindringen aus einem übertriebenen Bestreben, nun auch vollständig alle Placentarreste herauszufördern. Die Natur hat ja gerade darin bei den Placentarresten durch die Umwandlung derselben in Polypen bis zu einem gewissen Grad vorgearbeitet.

IV. Berichte über die Ergebnisse bei Austastung unmittelbar p. p. und im Wochenbett.

Nachdem wir uns über die verschiedenartige *Ätiologie* der Blutungen post partum — festsitzende Blutcoagula — Deciduaretention — Placentarrest und der dabei notwendigen *Therapie* der manuellen Austastung orientiert, erscheint es mir nicht nur interessant, sondern auch von größter Wichtigkeit, uns über die *Ergebnisse* dieser Behandlungsweise Klarheit zu verschaffen.

HABA (Budapest) berichtet uns von der Universitäts-Frauenklinik Budapest über 32 332 Geburten in 25 Jahren mit 107 Austastungen. Zwei Fragen sind es, sagt HABA, die man sich bei der Behandlung der Placentarperiode vorlegen muß:

1) Was ist zu tun, wenn die Placenta nach der Geburt sich als unvollständig erweist; müssen wir auch in den Fällen die Austastung vornehmen, wenn die Placenta bloß verdächtig ist?
2) Was haben wir zu veranlassen, wenn die Unvollständigkeit der Placenta unserer Aufmerksamkeit entgangen ist und, bei im Innern zurückgebliebenen Placentarresten, im Kindbett Fieber eintritt? Sollen wir aktiv vorgehen oder ist es richtiger zu warten?

Danach gegliedert wurden von den 107 Austastungen in 77 Fällen diese unmittelbar nach der Geburt vorgenommen, während bei 30 Kranken die Ausräumung der Gebärmutterhöhle bezw. das Erkennen des Zurückbleibens des Placentarteiles im Wochenbett erfolgte.

Bei den zu Gruppe 1 gehörigen Wöchnerinnen, bei denen in 77 Fällen Austastungen gemacht wurden, gab die Indikation 49mal die mangelhafte Placenta mit auftretender Blutung. In jenen Fällen, wo die Placenta sicher unvollständig, fand man jedesmal zurückgebliebene Placentarteile, während bei den 18 Fällen von nur verdächtigen Placenten 12mal ein negatives Ergebnis zu verzeichnen war. Unter jenen 10 Kranken, bei denen wegen verdächtiger Placenta mit gleichzeitiger Blutung die Austastung gemacht wurde, wurden 6mal Placentarreste gefunden, während 4mal die Uterushöhle frei war.

Sämtliche 77 Frauen waren vor der Geburt und Austastung völlig fieberfrei. Bei 66 trat auch nach vorgenommenem Eingriff im Kindbett kein Fieber auf, während in 11 Fällen die Kranken fieberten. Unter diesen 11 dauerte das Fieber bei 10 nur 1 Tag und erhob sich nicht über 38,5°. Ursache war hier intrauterine Resorption. Bei der 11. Kranken wurde die Placenta mittels des Credé'schen Handgriffes gelöst; die eine Hälfte der Placenta war unversehrt, die andere bot den Anblick einer hydatitösen Entartung. Die Austastung erfolgte zwei Stunden später wegen Dauerblutung. Die Kranke lag lange Zeit im Fieber; im Kindbett entwickelte sich eine beiderseitige Thrombophlebitis, welche erst am 65. Tage p. p. heilte.

Es ist also nicht klar zu entscheiden, ob hier beim Zustandekommen der Erkrankung die Veränderung der Decidua mitgewirkt hat, und wieweit die Austastung.

Mortalität hier also gleich 0.

Aus dem Ergebnis dieser Fälle folgert Haba, daß die Austastung des Uterus im unmittelbaren Anschluß an die Geburt ein nicht gerade vollkommen ungefährlicher Eingriff ist, daß aber seine Gefährlichkeit vielfach überschätzt wird. Auf Grund dessen sei es angebracht in solchen Fällen, wo wir die Vollständigkeit des Mutterkuchens nicht mit Sicherheit feststellen können bezw. auch dann, wenn wir den bloßen Verdacht auf Placentarstückretention haben, sofort nach der Geburt auszutasten, da so in einem großen Teil der Fälle dieser Eingriff im Wochenbett unterbleiben kann, denn dort erfolgt er unter viel ungünstigeren Bedingungen.

Bei den noch restlichen 30 Fällen war der Placentarrest in 23 Fällen übersehen worden und seine Entfernung fand erst im Wochenbett statt, in

7 Fällen wohl erkannt, aber dem damaligen Standpunkt der Klinik zufolge — bei verdächtigen oder sicher unvollständiger Placenta — eine Uterusaustastung nicht gemacht. Hier trat Heilung teils durch Abrasio, teils durch Ausstoßung der Placentarteile, ein.

Bei den noch übrigen 23 Kranken mußte die Austastung im Kindbett gemacht werden, da hier die Placenta bei ihrer Ausstoßung als vollständig angesehen worden war, was sich aber später als falsch erwies. Bei 15 Frauen geschah die Ausräumung nach Blutung im fieberischen Kindbett, bei 8 im fieberfreien, davon 4 mit Blutungen.

Die 15 fiebernden Kranken blieben auch nach dem Eingriff weiter fieberhaft, bei 8 dauerte es bis zu 10 Tagen, unter diesen 1 Fall letal.

Von den 8 fieberfreien Kranken bleiben 3 auch nachher fieberfrei, 4 bekommen Fieber, das aber nicht den Eindruck einer schweren Infektion macht. Hingegen endet 1 Fall, der vorher fieberfrei war, tödlich.

Wenn wir also die günstige Gelegenheit unmittelbar post partum auszutasten versäumt haben, wenn wir den Irrtum erst im Wochenbett entdecken, was ist dann zu machen?

Hier antwortet uns HABA an Hand der Analyse der besprochenen Fälle folgendes: Bei Kranken, bei denen im Puerperium schwere Blutungen auftreten, muß auch in Fällen mit Fieber unverzüglich die Austastung gemacht werden. Hier zwingt uns vitale Indikation zum Eingriff.

In Fällen aber, wo keine foudroyante Blutung besteht, aber übelriechender Ausfluß, hohe fieberhafte Temperaturen, Subinvolution auf Placentarstück-Retention schließen läßt, wenn irgend möglich mit der Austastung zu warten und in solchen Fällen zu versuchen mit Dosierung von Chinin, Ergotin oder Gynergen, die Spontanaustreibung des Placentarrestes zu bewirken; sind wir dennoch gezwungen einzugreifen, so nur in jenen Fällen, wo die Infektion noch lokal und noch nicht auf die Umgebung des Uterus übergegriffen hat.

Wenn wir diesem nun die Gefahren der Austastung unmittelbar p. p. gegenüberstellen, so finden wir, daß dies ein kaum als gefährlich zu betrachtender Eingriff ist. HABA schließt sich der Forderung ZANGENMEISTER's und STRASSMANN's an, wonach es besser ist lieber öfter unnötig auszutasten, als die Austastung dort zu unterlassen, wo Verdacht besteht, daß ein Placentarteil zurückgeblieben ist. Die Richtigkeit dieser Auffassung wird in überzeugender Weise dadurch bewiesen, daß an der Budapester Universitätsfrauenklinik in den Jahren 1900 bis 1917 unter 20 666 Geburten im Kindbett 19mal ausgetastet werden mußte, während in den Jahren 1918 bis 1924 unter 11 666 Geburten nur noch in 6 Fällen im Kindbett dieser Eingriff nötig war, 1924 sogar in keinem einzigen Fall.

Es erscheint mir wichtig, hier die Berichte über die beiden letal endenden Fälle wiederzugeben:

I. 1900. I-para. Spontane Geburt. Infolge sehr starker Blutung wird nach 3 Minuten die Placenta exprimiert. Dieselbe schien vollständig zu sein. Am 3. Tag des Kindbettes 40,8° Fieber, Puls 132. Es besteht jetzt der Verdacht, daß ein Placentarteil zurückgeblieben ist, darum Austastung. Die ganze vordere Wand des Uterus ist mit einem unebenen, zähe anhaftenden Gewebe bedeckt. Nur schwer gelingt es, dieses mit dem Finger abzulösen und herauszubringen. Bei der Besichtigung findet man, daß es sich um übelriechende gangränisierte Placentarteile handelt. Die Masse der herausgeholten Stücke ist zusammen von der Größe ungefähr eines halben Eies. Bei unausgesetzt hohem Fieber hatte das Kindbett am 14. Tage einen letalen Ausgang.

Diagnose: Peritonitis puerperalis.

II. 1901. III-para. Spontane Geburt. In der Placentarperiode entsteht eine starke Blutung, weshalb die Credé'sche Expression versucht wird, deren Erfolglosigkeit die manuelle Placentarlösung notwendig macht. Dabei stellt sich heraus, daß die Placenta überall fest anklebt, sodaß sie mit dem Fingernagel abgelöst werden müßte. Dann scheint nichts mehr im Uterus zurückgeblieben zu sein. Im Kindbett Temperaturen bis 38°, dabei gehen dauernd Blutgerinnsel ab. Am 19. Tage p.p. Untersuchung der Gebärmutterhöhle. Nach Hegar-Erweiterung Austastung mit dem Finger. Die Vorderwand des Uterus, an der Placenta klebte, ist außerordentlich rauh, weshalb mit stumpfer Cürette ungefähr haselnußgroße Placentarteile entfernt werden. Anschließend wird mit scharfer Cürette die ganze Uterushöhle abradiert. Sofort am selben Tag Temperatur 39,3°, Puls um 110. Bei unausgesetzt hohem remittierendem Fieber am 37. Tage post partum letaler Ausgang.

Sektion: Endometritis diphteritica. Metritis dissecans purulenta.

Jüngeren Datums und damit für die Bewertung des heutigen Standes der manuellen Austastung wichtiger sind die von GRANZOW (Danzig) über die „Prognose der Austastung" gemachten Veröffentlichungen.

Seine Anschauung geht dahin, daß man heute im Gegenteil zu früher in jedem Falle im Anschluß an die Geburt die exakte Vollständigkeitsdiagnose der Placenta liefern müsse, sei es im Zweifelsfalle durch die Austastung des Cavum uteri. Die Ansicht mancher Gynäkologen, daß man kleinere Placentarreste zurücklassen könne, sei unbedingt zu verwerfen. Auch die heute noch vielerseits übliche abwartende Haltung unter Anwendung von uteruskontrahierenden Mitteln sei falsch und wird von ihm als „Vogel-Strauß-Politik des Unerfahrenen" gekennzeichnet. Blutung und Infektion, so sagt GRANZOW, treten im Spätwochenbett in Idealkonkurrenz und es gibt kaum eine unangenehmere Aufgabe für den Geburtshelfer, als die Entfernung eines infizierten Placentarrestes im späteren Puerperium.

Andererseits sind auch unter den günstigeren Bedingungen die Gefahren nicht zu 100% auszuschließen und bei der manuellen Austastung mit in Kauf zu nehmen. Diese Kenntnis enthebt aber den Geburtshelfer niemals von der Pflicht zum aktiven Vorgehen, sobald er weiß, daß die Placenta nicht vollständig oder auch nur den Verdacht der Unvollständigkeit hat.

Daher, sagt GRANZOW, ist das A und O der ganzen Nachtastungsfrage die Vollständigkeitsdiagnose der Placenta. An Hilfsmitteln für diese

Entscheidung habe der Geburtshelfer nur drei Faktoren: seine Gewissenhaftigkeit, sein geschultes Auge und als brauchbares Adjuvans in unklaren Fällen die sogenannte Milchprobe. Alle anderen Vollständigkeitsproben, so glaubt GRANZOW, entsprechen nicht den an sie zu stellenden Anforderungen. Der ideale Geburtshelfer müsse so arbeiten, daß er bei jeder Austastung auch einen Placentarrest vorfinde. Jedoch dürfe es bei einer solch strengen Indikationsstellung nicht zum Übersehen eines Placentarrestes kommen. Am besten sei die Haltung, die das größere Unrecht im Unterlassen einer Nachtastung erblickt.

An einer Nebeneinanderstellung der erzielten positiven Befunde gibt GRANZOW einen Überblick über die erzielten Resultate:

G. A. Wagner	95,4%
Kaspar	91,9%
Katz	62,6%
Jeß	62,7%
Olbrich (Danzig)	42,9%
Gocke	38,3%
Zangenmeister	25,6%
Keller und Bohler	10,0%

Es müsse, so folgert GRANZOW, aus dieser Statistik das heiße Bemühen jedes Geburtshelfers werden, im Laufe seiner beruflichen Weiterentwicklung seine Vollständigkeitsdiagnose der Placenta mit strenger Selbstkritik derart zu verfeinern, daß er trotz immer sparsamerer Anwendung der Nachtastung dennoch keine Fehlschläge in Gestalt von übersehenen Placentarresten erlebt.

Um einen Überblick über die zur Zeit vorherrschende Handhabung der Uterusaustastung p. p. zu bekommen, stellt GRANZOW alle jüngeren Ergebnisse aus der Literatur in einer Tabelle zusammen. Sie umfast insgesamt 240 000 Geburten mit 2192 Austastungen, also 1,94%. Die unvermeidbare Gefahrenquote zeigt sich hierbei in einer mittleren Morbidität von 21,35%, die ungereinigte Mortalität betrug 26 Fälle = 1,19% der Operierten.

GRANZOW glaubt behaupten zu dürfen, daß man bei konservativem Verhalten gegenüber Placentarelikten größere Gefahren heraufbeschwören würde.

Namen der Autoren	*Geburten*	*Austastungen*	*Austastungen in %*	*Morbidität %*	*Zahl der Toten*	*Mortalität %*
1. Ahlfeld und Stähler	5 600	32	0,57	50,0	0	0
2. Baumann (Breslau)	20 418	316	1,55	21,2	0	0
3. Baum (Oppeln)	7 551	104	1,40	25,0	3	2,9
4. Büben	35 878	67	0,19	9,0	1	1,4
5. Haba	37 332	77	0,24	14,3	0	0
6. Heyrowski	15 343	207	1,35	24,16	3	1,5

Namen der Autoren	Geburten	Austastungen	Austastungen in %	Morbidität %	Zahl der Toten	Mortalität %
7. Jeß	5 253	67	1,28	20,9	1	1,5
8. Johannsen (Außenpraxis)	500	34	6,8	32,3	1	2,9
9. Kaspar	7 027	37	0,53	30,0	0	0
10. Katz	52 423	238	0,48	26,8	13	5,46
11. Keller und Bohler 1922—1931	13 793	88	0,63	31,8	1	1,1
12. Keller und Bohler 1932—1933	3 000	305	10,0	sehr gering	0	0
13. Kiefer	11 500	120	2,0	34,2	1	0,83
14. Vaiditsch	8 735	29	0,33	3,4	0	0
15. Olbrich (Danzig)	5 918	126	2,1	11,9	0	0
16. Salacz	—	140	—	8,8	0	0
17. Wagner	8 149	88	1,08	13,5	1	1,14
18. Zangenmeister	5 701	117	2,05	5,98	1	0,85
Insgesamt	239 121	2192	Mittel: pro 1,94 Autor 0,23 — 10%	Mittel: pro 21,35 Autor 3,4 — 50%	26	Total: pro 1,19 Autor 0 — 5,46%

Indikation

Nachtastung	Sicher unvollständig	Zweifelhaft	Starke Blutung zweifelhafter Genese
89	25	50	14
	28,1%	56,2%	15,7%

Wochenbettmorbidität bei Nachtastungen nach

Nachtastungen	Normales Wochenbett	Temperatur bis 38° und verlängertes Wochenbett bis zu 14 Tagen	über 14 Tage
31 Nachtastungen nach operativ beendeten Geburten	23	—	—
	74,2%	—	—
58 Nachtastungen nach Spontangeburten	49	1	1
	84,5%	1,7%	1,7%

Über die Ergebnisse der Danziger Klinik wird von OLBRICH ausführlicher berichtet: Unter 5918 klinischen Geburten wurde in 126 Fällen nachgetastet und erzielte dabei eine Gesamtmorbidität von 12%, während die gereinigte d. h. genital bedingte Morbidität 3,2% betrug. Todesfälle im Anschluß an Austastungen kamen nicht vor. Man fand in 43% einen Placentarrest. OLBRICH erkennt daraus die Verpflichtung an, in Zukunft die Indikationsstellung einzuengen. Jedoch, so glaubt er, könne man diese Resultate keineswegs als schlecht bezeichnen und erwähnt, daß bei 7064 klinischen Geburten in der Zeit vom 1. Januar 1930 bis 30. Juni 1933 kein versehentlich zurückgelassener Placentarrest beobachtet wurde.

GRANZOW kommt abschließend zu dem Ergebnis:

„Aus der Literatur geht klar hervor, daß es durchaus möglich ist, die Nachgeburtsoperationen sowohl in der Klinik, als auch in der Hausgeburtshilfe, so zu gestalten, daß ihr Risiko klein ist im Verhältnis zu ihrem Nutzen bei klarer Indikationsstellung."

Auch die von der Münsterer Universitäts-Frauenklinik erzielten Resultate beweisen deutlich, wie gering die Gefahren der manuellen Austastung sind. GOCKE führt aus, daß für die Bewertung der Wochenbettmorbidität der Nachtastung nur die Austastung nach Spontangeburten in Frage komme. Fälle, in denen der Eingriff zusammen mit anderen geburtshilflichen Operationen ausgeführt wird, sind für die Kritik nicht einwandfrei zu bewerten. Er gibt daher diese Fälle auch gesondert bekannt.

Das zugrunde liegende Material umfaßt die Zeit von 1925—1932 mit 5796 Geburten und insgesamt 89 Austastungen. Indikation dazu gaben:

Ergebnis				
Placentarrest	*Eihäute, Blutcoagula*	*Uterus leer*	*Cervixriß*	*Übersehene Placentarreste*
31	34	23	1	0
35,8%	38,2%	25,9%	1,1%	0%

operativ beendigten Geburten und Spontangeburten.

Temperatur über 38°			*Morbidität*		
Mit normaler Wochenbettdauer	*Verlängertes Wochenbett bis 14 Tage*	*Verlängertes Wochenbett über 14 Tage*	*Mit besonderem Befund*	*Insgesamt*	*Mortalität*
2	1	3	1	7	1[1])
6,5%	3,2%	9,7%	3,2%	22,6%	3,2%
2	4	1	—	9	—
6,9%	6,9%	1,7%	—	15,5%	—

[1]) III-para, Querlage, mehrfache Entbindungsversuche und Uterusperforationen außerhalb der Klinik. Aufnahme im kollabierten Zustand und schweren septischen Erscheinungen. Zerstückelung des Kindes, Nachtastung. 7 Std. nachher ad Exitum.

Die Morbiditätszahl von 22,6% bei den nach operativ Entbundenen eine Nachtastung gemacht wurde, entspricht der Zahl, wie sie für die geburtshilflichen Operationen im allgemeinen ohne Nachtastung angenommen wird. Es wird also das Wochenbett der operativ Entbundenen durch die Nachtastung nicht weiter belastet. Der eine letal endende Fall kann nicht zu Lasten der Austastung gebracht werden.

Weiter fährt GOCKE fort, ist bei den 58 Austastungen, die nach Spontangeburten erfolgten ein Fall, der eine Temperatursteigerung von über 38 Grad und ein verlängertes Wochenbett von über 14 Tage hatte; dieser wies aber bereits unter der Geburt, also vor Ausführung der Austastung, schon Fieber auf.

Bringt man diesen einen Fall in Abzug, so berechnet sich eine Morbiditätszahl von 13,8%, während die Mortalität 0% beträgt. Der Wert von 13,8% liegt wenig oberhalb der für Spontangeburten von KIEFER und ZANGENMEISTER angegebenen Morbidität.

Zusammenfassend kann man also sagen, daß auf Grund dieser zweifellos guten Ergebnisse der Austastung der Eingriff als relativ ungefährlich angesehen werden darf. Angesichts der geringen Morbidität der Austastung post partum erscheint es wohl erlaubt, lieber einmal zu viel und ergebnislos in der Nachgeburtsperiode den Uterus auszutasten, wenn dadurch die Gefahren eines übersehenen Placentarrestes für das Wochenbett vermieden werden.

Wohl eines der größten Bedenken, die den Geburtshelfer davon abhalten können, unmittelbar post partum in die frischentbundene Gebärmutterhöhle manuell einzugehen, ist die Angst vor der vaginalen Keimverschleppung. Um diese zu verhüten beschreibt FÜTH ein Verfahren, durch das es möglich ist, ohne mit dem Finger die keimhaltigen Scheidenwandungen zu berühren, in den Uterus zu gelangen. Die Portio wird angehackt und bis zum Introitus herabgezogen; nach Spreizen der kleinen Labien kann dann der Zeigefinger unmittelbar in den äußeren Muttermund eingehen. Inwieweit sich dieses Verfahren bewährt hat, liegen von dem Verfasser keine Mitteilungen vor. Jüngeren Datums und zur Verhütung der vaginalen Keimverschleppung besser geeignet erscheint mir eine von LANGER gemachte Neukonstruktion eines Schutzhandschuhes. Dieser ist sackartig gestaltet und wird über die mit dem gewöhnlichen sterilen Gummihandschuh bekleidete Hand gezogen. Vorne ist ein langer Schlitz, der durch einen leicht herausziehbaren Faden geschlossen gehalten wird. Die Hand gleitet unter dem Schutze dieses Handschuhs durch Introitus und Vagina bis vor den äußeren Muttermund. Sodann wird der Faden, der lang aus der Vulva heraushängt, herausgezogen, der Schlitz klafft fischmaulartig und läßt die Hand hindurchschlüpfen. Da so das Cavum ausgetastet werden kann, ohne daß die operierende Hand vorher Vulva oder Vagina gestreift hat, erscheint so die Verhütung der Keimverschleppung weitgehend gelungen.

An Hand einer statistischen Übersicht versucht LANGER die Nützlichkeit dieser Konstruktion zu erweisen; es handelt sich um 111 Austastungen, von denen 53 ohne LANGER's Handschuh und 58 mit demselben ausgeführt werden.

	53 ohne Handschuh	*58 mit Handschuh*
1) Völlig fieberfrei	13 = 24,5%	47 = 81%
2) Subfebrile Temperaturen	39,6 = 39,6%	11 = 19%
3) Fälle mit ausgesprochener Endometritis bezw. Sepsis	19 = 35,9%	—

LANGER kommt auf Grund dieser guten Erfolge zu dem Schluß, daß, wenn diese Neuerung zum Allgemeingut ärztlichen Denkens geworden ist, die Vaginalkeimverschleppung verhindert werden kann und muß und somit der intrauterine Eingriff seine besondere Gefährlichkeit verliert und der Ausbreitung des Wochenbettfiebers eine weitere Schranke gesetzt ist.

V. Vergleichende Betrachtung über die Ergebnisse der konservativen Therapie bei Uterusblutungen p. p. und den Resultaten, die durch Uterusamputationen erzielt wurden.

Wenn wir uns zur Genüge über die Aufgaben der manuellen Austastung orientiert, ihre Ergebnisse und Erfolge an Hand eines umfangreichen Materials aus der Literatur festgelegt haben, so glaube ich, ist es unerläßlich dieser Behandlungsweise die konservative Therapie gegenüberzustellen. SIEDENTOPF äußert sich zu der Frage ob aktive oder konservative Behandlung der Wochenbettblutungen dahingehend, daß durch die gewaltsamen Manipulationen, wie es die Entfernung eines Placentarrestes darstelle, der natürliche Schutzmechanismus der in der Uteruswand gegen die gefährlichen Erreger aufgebaut worden sei, dadurch zerstört werde und damit der tödlichen Infektion Tür und Tor geöffnet sei. Durch die einleuchtenden Erklärungen und die Autorität WINTER's sei man heute im allgemeinen zur Bevorzugung der konservativen Behandlungsmethode gekommen. Für die aktive Methode, so glaubt SIEDENTOPF, spreche außer anatonischen vor allem auch soziale Gesichtspunkte. Die Behandlungszeit werde — vorausgesetzt, daß alles gut geht — erheblich abgekürzt, die Frau dem Familien- und Erwerbsleben schneller zurückgegeben, die Behandlungskosten werden gesenkt. Diese Punkte seien die Ursache, daß gerade in den Kreisen der praktischen Ärzte die aktive Behandlungsmethode sich einer erheblichen Beliebtheit erfreue. SIEDENTOPF berichtet über die Erfolge bei den Behandlungsmethoden an Hand von 165 Fällen schwerer Wochenbettsblutungen. Dabei wurde 110mal konservativ, 55mal aktiv vorgegangen. Einige Fälle seien doppelt aufgezählt, wenn nämlich nach erfolgloser Anwendung der einen Methode zur andern übergegangen wurde.

	Voller Erfolg	*Ohne Erfolg*	*Fieber*	*Todesfälle*
konservativ 110	77	25 1 Uterus-extirpation	7 1 schwere Sepsis	1
aktiv 55	27	10 1 Uterus-extirpation	13 6 schwere Sepsis	5

SIEDENTOPF erkennt an, daß die aktive Behandlungsmethode Erfolge habe, die so auffallend seien, Erfolge, wie sie die konservative Therapie nicht aufweisen könne.

Da hieße es Geduld haben und warten können. Hoffe man die Blutung zum Stehen gebracht zu haben, so könne die nächste Visite schon die Enttäuschung bringen, daß die Kranke wieder blute. Wichtig sei es, die Patientin in einer einigermaßen erträglichen Verfassung über die ersten Wochen hinweg zu bringen, schon das sei als Erfolg der konservativen Therapie zu buchen; denn etwa nach acht Wochen nach der Geburt hätte im allgemeinen ein intrauteriner Eingriff seine Gefahren verloren und man könne dann ohne weiteres durch eine Auskratzung die Blutung endgültig zum Stehen bringen. Einen völligen Mißerfolg bedeute es für die konservative Methode, wenn man schließlich, um die Frau vor dem Verblutungstode zu retten, doch noch operativ vorgehen müsse, ehe die gefährliche Frist verstrichen. Wolle man dann konsequent sein und jeden intrauterinen Eingriff vermeiden, so bleibe nur die Entfernung des Uterus im allgemeinen auf vaginalem Wege. In einem Falle sei man zu diesem rigorosen Vorgehen gezwungen gewesen.

Die einmalige Uterusextirpation bei der aktiven Methode war dadurch bedingt, daß bei der Cürettage eine Perforation des Uterus eintrat, die zur Uterusextirpation zwang.

Von den fünf durch aktive Behandlungsmethode letal endenden Fällen berichtet SIEDENTOPF folgendes:

Im ersten Fall wurde am 7. Tage p. p. ein Placentarrest, der dauernde Blutung verursacht hatte, digital entfernt. Anschließend Austastung mit großer Bumm'scher Cürette, Alkohol-Spülung und Tamponade des Uterus. Sofort Schüttelfrost, am nächsten Tag Wohlbefinden, aber hohes Fieber. Zwei Tage später wieder Schüttelfröste, schwere Sepsis mit septischer Thrombophlebitis und septischer Thrombopneumonie. 14 Tage nach dem Eingriff Exitus.

Im 2. Falle waren vom Arzt am 6. Tage p. p. Placentarreste entfernt worden. Am nächsten Tag Schüttelfrost und Erbrechen. Einlieferung in die Klinik mit 39,3° Temperatur. Nachtastung ergab Placentarreste, die manuell entfernt wurden, dann Auskratzung mit großer stumpfer Cürette, Tamponade. Unter dem Bilde einer blitzartig verlaufenen Sepsis wenige Tage später Exitus.

Der 3. und 4. Fall seien ähnlich verlaufen. Im 5. Fall sei ohne jeden instrumentalen Eingriff nur nach manueller Entfernung eine Sepsis aufgetreten, die innerhalb weniger Tage zum Exitus geführt.

Im 5. Falle traten, nach einer Zangengeburt, in der 3. Woche heftige Blutungen auf. Es wurde ein Placentarpolyp entfernt. Trotzdem stand die Blutung nicht. Einlieferung in die Klinik und Ausschabung dort sechs Wochen p. p. Es wurde reichlich Placentargewebe zu Tage gefördert. Am nächsten Tage 39,5° Fieber. Zehn Tage später bei scheinbarem Wohlbefinden entlassen. Wenige Tage darauf abermalige Einlieferung wegen Blutung. Nochmalige Ausschabung. Anschließend hohes Fieber, Erbrechen, septische Endokartilis, Pneumonie. Verlegung nach der medizinischen Klinik. Dort Exitus. Sektion ergab: Placentarreste im Uterus. Eitrige Myo- und Para-Metritis, nekrosierende Zystitis. Thrombose bis in die Vena cava, Pleuritis. Septische Bronchopneumonie.

SIEDENTOPF kommt zu dem Schluß: Selbst wenn wir annehmen, daß es oftmals die schweren Fälle sind, die zur aktiven Behandlung kommen und wir die vorhin aufgezählten sozialen Erwägungen für das aktive Vorgehen auswerten, so sprechen doch die Fieber- und Todesfälle eine gewichtige Sprache. Wir werden uns dadurch in unserer Bevorzugung der konservativen Behandlung der Wochenbettsblutungen weiter bestärken lassen.

Ich glaube aus den Ausführungen SIEDENTOPF's schließen zu dürfen, daß an Hand dieser Fälle für uns nur noch eine größere Notwendigkeit erwächst unmittelbar post partum bei Unvollständigkeit oder beim Verdacht auf Unvollständigkeit der Placenta, den Uterus manuell und nur manuell auszutasten ist, denn nur so können wir uns vor den äußerst schweren Folgen, die aus der Unterlassung dieses Eingriffes entstehen, retten und dadurch der Mutter in einem weit größeren Maße dienlich sein.

Über die Cürettage des puerperalen Uterus besonders bei infizierten Fällen mit Placentarrest berichtet MARKOFF folgendes: Fieber bedeute gegen die Cürettage keine Kontraindikation, außer beim Bestehen einer transuterinen Komplikation. Er hat 348 Fälle von Placentarrest so behandelt. 71 Frauen hatten zur Zeit der Nachtastung Fieber von 38° und mehr, die übrigen keine erhöhten oder nur subfebrile Temperaturen. Von diesen starben keine, auch traten keine schweren Komplikationen auf. Von den 71 fiebernden Wöchnerinnen kamen 7 ad Exitum, das sind 2% aller Kranken. Aus der Höhe der Temperatur zur Zeit der Nachtastung ließen sich keine prognostischen Schlüsse ziehen. Am häufigsten wurde zwischen 3 und 10 Tage abradiert. Davon starben 6. Der 7. Todesfall ereignete sich nach einem am 16. Tage erfolgten Eingriff.

MARKOFF betont die Gefahren der streng konservativen Methode und ihre Nachteile: Blutung, Infektion und oft sehr langes Krankenlager. Der Krankenhausaufenthalt betrug bei 75% der mit Fieber über 38° aufgenommenen 1—15 Tage und nur in 3 Fällen mehr als 1 Monat.

Markoff steht auf dem Standpunkt, daß es besser sei einen infizierten Placentarrest zu entfernen und stellt das infizierte Uteruscavum einer infizierten Gelenkhöhle gleich. Er bediente sich bei der Nachtastung nie des Fingers, sondern stets der Cürette. 1 Perforation auf 348 Eingriffe.

Zum Schlusse sei noch kurz die besonders in Frankreich übliche Methode der Hysterektomie erwähnt als Mittel zur Behandlung der Spätblutungen, insbesondere der mit Blutungen einhergehenden Form der Puerperalinfektion.

Convelaire, ein Verteidiger dieser Therapie, warnt vor intrauterinen Eingriffen bei Blutungen im Wochenbett dringend. Da die Blutung häufig das Zeichen einer schweren septischen Infektion sei, bestehe die große Gefahr, daß eine allgemeine Infektion durch manuelle Eingriffe hervorgerufen oder verschlimmert wird. Wenn die interne Behandlung nicht zum Ziele führe, bleibe nach seiner Ansicht für die übrigen Fälle nur die sofortige Uterusextirpation übrig, die bessere Resultate zeige. Sie müsse sofort ausgeführt werden ohne vorherige intrauterine Eingriffe

Nach der französischen Literatur seien von 28 aus solchem Anlaß vorgenommenen Extirpationen 13 geheilt, 15 gestorben. Auf abdominalem Wege wurden 11 Heilungen erzielt bei 9 Todesfällen, auf vaginalem Wege 2 gegen 6 Todesfälle.

Nach den persönlichen Erfahrungen Convelaire's wurden von den aus gleichem Anlaß operierten 8 Fällen 5 geheilt, während 3 Fälle letal endeten; bei abdominaler Operation 4 Heilungen und 2 Todesfälle, bei vaginaler 1 Heilung und 1 Todesfall.

Convelaire folgert aus diesen Zahlen die Überlegenheit der abdominalen Technik.

Ich glaube es bedarf keiner weiteren Kritik, um die Erfolge einer solchen Therapie zu kennzeichnen, einer Therapie, die auch Siedentopf bei Versagen der konservativen Behandlungsmethode fordert. Abgesehen von der hohen Mortalität, die sich nach Convelaire mit 50% berechnet, muß für uns vom ethischen wie auch kulturellen Standpunkt aus eine solche Therapie, als Folge des Versagens einer anderen, grundsätzlich abgelehnt werden. Es mag dahin gestellt sein, in ganz besonderen lebensbedrohenden Fällen diesen Weg zu beschreiten.

Diesen äußerst schwerwiegenden Entscheidungen aber werden wir enthoben, wenn wir im unmittelbaren Anschluß an die Geburt der Placenta das Cavum uteri manuell austasten, sowohl bei sicher unvollständiger Placenta, wie auch bei Verdacht darauf.

I. Kasuistik.

Fall 1. Geb.-Nr. 26. 1924.
22jährige I-para. Spontangeburt.
Blutverlust 1500 Gramm. Aortenkomp. Credé i. N. Placenta sicher unvollständig. Austastung. Es wird ein Cotyledo entfernt, der makroskopisch als solcher erkannt wird. Wochenbett: 8 Tage, störungsfrei.

Fall 2. Geb.-Nr. 67. 1924.
40jährige II-para. Spontangeburt.
Placentarperiode o. B. Placenta vollständig.
Am 9. Tage p. p. ist Uterus noch doppelfaustgroß, das Cavum mit Blut gefüllt. Bei der digitalen Austastung werden aus der rechten Tubenecke einige Gewebestücke entfernt, die makroskopisch als Deciduareste erkannt werden.
Patientin übersteht den Eingriff gut. Kein Fieber. Verläßt am 11. Tag p. p. die Klinik.

Fall 3. Geb.-Nr. 70. 1924.
22jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta stark zerfetzt, anscheinend vollständig. Wochenbett anfangs o. B. Am 6. Wochenbettstag leichter Temperaturanstieg und übelriechender Ausfluß. Am 9. Tag p. p. bei Hegar-Bestimmung plötzlich starke Blutung. Es wird der Uterus ausgetastet und ein Cotyledo sowie Deciduareste digital entfernt. Dann mit stumpfer Cürette abradiert. Da es weiterblutet, heiße Uterusspülung. Blutung steht. Darauf Temperaturanstieg auf 39,6, am 10. Tage p. p. 38,4, auch während der folgenden 3 Tage noch subfebrile Temperatur.
Entlassung am 17. Tage p. p.

Fall 4. Geb.-Nr. 141. 1924.
38jährige III-para. Spontangeburt.
Placentarperiode o. B. Placenta vollständig. Wochenbett störungsfrei. Bei einer Untersuchung am 10. Tage p. p. ist Uterus noch ziemlich groß und weich. Cervixkanal bequem für Finger durchgängig. Bei der Untersuchung starke Blutung.
Bei der digitalen Austastung mit nachfolgender Abrasio werden Gewebsreste entfernt, die makroskopisch als Placentar- und Deciduareste gedeutet werden.
Mikroskop: Vorwiegend Blutgerinnsel, darin placentare Riesenzellen, nichts von Placentarzotten.
Patientin übersteht den Eingriff gut, kein Fieber; verläßt 5 Tage nach dem Eingriff die Klinik.

Fall 5. Geb.-Nr. 171. 1924.
24jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta durch Credé exprimiert. Placenta sicher unvollständig.

Es blutet. Austastung. Es werden kleine Placentarreste entfernt, die makroskopisch als solche erkannt werden. Heiße Uterusspülung, Eisblase, Gynergen, worauf Blutung sistiert. Wochenbett anfangs normal, am 8. Tag plötzlicher Temperaturanstieg auf 39,6. Ab 13. Tage p. p. fieberfrei. Verläßt am 17. Tage die Klinik.

Fall 6. Geb.-Nr. 220. 1924.
38jährige II-para. Forceps. Incision der vorderen und hinteren Muttermundslippe. Manuelle Placentarlösung. Placenta nicht sicher vollständig, Nachtastung. Entfernung eines kleinen Gewebestückes, welches sich makroskopisch als Placentarrest erweist. Wochenbett 12 Tage, ungestört.

Fall 7. Geb.-Nr. 280. 1924.
29jährige II-para. Sturzgeburt. Kommt halb entbunden in die Klinik. Kind †. Wöchnerin stark anämisch. Puls klein, 140. Aus der Vulva hängt die Nabelschnur heraus. Blutet ziemlich stark. Aortenkomp. Placenta wird durch leichten Druck exprimiert. Danach blutet es nur noch wenig.
Placenta sicher unvollständig. Austastung. Es wird ein haselnußgroßer Cotyledo entfernt. Blutung steht. Sofortiger Temperaturanstieg. In den folgenden Tagen 39 und 40 Fieber. Am 8. Tag Schüttelfrost 15. Puls klein und unregelmäßig. Subjektiv, außer Schwindelgefühl, keine Beschwerden.
Bei der vaginalen Untersuchung am 12. Tage p. p. findet man die Scheide angefüllt mit massenhaft, stinkendem dünnflüssigen Eiter. Aus dem Uterus entleert sich reichlich dicker stinkender Eiter. Uterus frei beweglich, das kleine Becken vollkommen frei. Uterus fast in Nabelhöhe. Es besteht eine ausgesprochene Pyometra.
Nach Entleerung des Eiters ist Uterus fast um die Hälfte kleiner geworden. Temperatur sinkt ab auf unter 37°. Patientin sehr anämisch. Hb: 49,3%.
Verläßt am 25. Tage p. p. die Klinik. Uterus gut zurückgebildet. Kein pahologischer Befund nachweisbar.

Fall 8. Geb.-Nr. 384. 1924.
27jährige I-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta. Aortenkomp. Credé ohne Narkose. Es blutet innerhalb einer Stunde 1200 gr. Dann Credé in Narkose ohne Erfolg. Manuelle Placentarlösung und Nachtastung, da ein haselnußgroßes Stück zurückgeblieben ist. Sanguis 1700 gr. Während der ersten 5 Tage subfebrile Temperatur. Verläßt am 9. Tag die Klinik.

Fall 9. Geb.-Nr. 426. 1924.
39jährige XII-para. Placenta praevia totalis recidiva.
Wegen starker, unstillbarer Blutung wird bei für 2 Finger durchgängigen Muttermund nach Durchbohrung der Placenta die kombinierte Wendung auf den Fuß gemacht und belastet. Starker Blutverlust und Chok der Patientin. Nach 2 Stunden wird Kind und Placenta spontan ausgestoßen. Kind tot. Abermaliger Chok der Patientin. Vollständigkeit der zerfetzten Placenta nicht nachweisbar. Uterus kontrahiert sich gut, Blutung steht. Nach einer Stunde Nachlassen der Kontraktion und erneutes Auftreten der Blutung, der Eihautfetzen und Placentarreste beigemischt sind. Sofortige manuelle Ausräumung, es werden mehrere ungefähr 5-Markstückgroße Placentarreste entfernt, die makroskopisch als solche zu erkennen sind. Es blutet weiter. 1 ccm. Secale Disp. Aortenkomp. Trotz Campher- und Coffeingaben rascher Verfall der Patientin. Da immer noch Blut nachsickert, Uterustamp. Anschließend Tropfeinlauf und heißer Bohnenkaffee. Trotzdem weiterer Verfall und Exitus, 4 h 25 nach Einleitung der Geburt. Blutverlust in der Klinik ca. 1200 gr. Obduktion: Geringe akute Anämie. Starke trübe Schwellung und geringe Fettdegeneration der Leber.

Uterus gut kontrahiert, im Cavum uteri keine Placentarreste mehr, wohl aber ein kleinhandtellergroßes, schwammiges Gewebestück, das sich mikroskop. als Decidua erweist. Epikrise: Der Tot der Patientin ist wohl kaum der erfolgten Nachtastung zur Last zu legen. Jedoch hätte die stark zerfetzte Placenta unbedingt einer sofortigen digitalen Kontrolle bedurft, vielleicht hätte sich dadurch die letzte tödliche Blutung vermeiden lassen.

Fall 10. Geb.-Nr. 78. 1925.
39jährig. IV-para. Spontangeburt.
Placenta durch Credé. Sicher unvollständig. Austastung. Da der Placentarrest so fest in der linken Tubenecke haftet, und seine Entfernung mit der behandschuhten Hand nicht gelingt, wird dieser ausgezogen und nun mit der bloßen Hand eingegangen, worauf Entfernung gelingt, jedoch bleiben einige kleinere Reste zurück.
Störungsfreies Wochenbett bis zum 6. Tag, daselbst starke Blutung. Am 7. Tag p. p. wird digital nochmals ein kleinhandtellergroßes Placentarstück entfernt.
Entlassung am 16. Tage p. p.

Fall 11. Geb.-Nr. 521. 1925.
24jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta vollständig. Uterus kontrahiert sich anfangs gut, wird aber dann atonisch. Auf Gynergen, Reiben und Eisblase kontrahiert sich Uterus dauernd. Blutung steht. Da es am nächsten Tag wieder blutet, Austastung. Es entleeren sich 400 ccm Blut. Cavum leer. Wochenbett störungsfrei 8 Tage.

Fall 12. Geb.-Nr. 448. 1925.
22jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher unvollständig. Austastung. Entfernung eines pflaumengroßen Gewebestückes, das makroskopisch als Placentarrest erkannt wird.
Wochenbett o. B. störungsfrei 9 Tage.

Fall 13. Geb.-Nr. 557. 1925.
26jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta durch Credé, vollständig. Da es blutet, Austastung. Uterus leer. Wochenbett störungsfrei 9 Tage.

Fall 14. Geb.-Nr. 642. 1925.
42jährige V-para. Spontangeburt. Placenta praevia.
Placenta auf leichten Druck. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es wird ein etwa Markstückgroßer Geweberest entfernt, der sich makroskopisch als Placentarrest erweist. Anfangs leicht subfebrile Temperatur. Verläßt am 11. Tag die Klinik.

Fall 15. Geb.-Nr. 644. 1925.
19jährige I-para. Frühgeburt. Tiefer Sitz der Placenta.
Blutung bei liegender Placenta. Credé in Narkose. Placenta folgt, ist stark zerklüftet. Nicht sicher vollständig. Austastung, trotz bestehender Go. Uterus leer.
Wochenbett: während der ersten 14 Tage Temperatur dauernd um 38^0, dann normal. Verläßt am 18. Tag die Klinik.

Fall 16. Geb.-Nr. 681. 1925.
20jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Vollständig. Uterus gut kontrahiert. Am 7. und 8. Tag Temperaturerhöhung auf $38{,}4^0$ mit foetiden Lochien. Eisblase, Gynergen. Ab 11. Tag normale Temperatur. Entlassung am 14. Tage p. p. mit Gynergen-Tabletten, wegen blutig serösen Ausfluß.

Wiederaufnahme nach 5 Tagen wegen starker Blutung, die seit 2 Tagen besteht. Die Untersuchung ergibt: Uterus steht handbreit über der Symphyse, mittlere Konsistenz, beweglich.
Aus dem äußeren Muttermund hängt ein Blutcoagulum. In der Vagina viel geronnenes Blut. Hb. 63%.
Therapie: Zunächst Bettruhe, Eisblase und Gynergen. Bei Bettruhe keine Blutung, jedoch blutet es beim Aufstehen sofort. Am 2. Tag deshalb digitale Austastung, wobei ein kleiner Placentarrest aus der rechten Tubenecke entfernt wird.
Histologische Untersuchung: Placentarpolyp mit reichlichen Blutgerinnsel an der Oberfläche.
Danach steht die Blutung dauernd. Uterus kontrahiert sich gut. Keine Temperaturerhöhung. Verläßt am 8. Tag bei bestem Wohlbefinden die Klinik.

Fall 17. Geb.-Nr. 698. 1925.
28jährige I-para. Tiefer Sitz der Placenta.
Wendung und Extraktion. Placenta wird wegen starker Blutung exprimiert. Nicht sicher vollständig. Austastung Uterus leer. Wochenbett störungsfrei. 9 Tage.

Fall 18. Geb.-Nr. 759., 1925.
28jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Austastung. Uterus leer.
Wochenbett störungsfrei. 8 Tage.

Fall 19. Sept. Abt. Jahres-Nr. 35. 1925.
31jährige III-para. Kommt 17 Tage p. p. wegen starker Blutung in die Klinik.
Hat draußen spontan entbunden.
Befund: Uterus von normaler Größe und Konsistenz. Cervixkanal geöffnet, für einen Finger gut durchgängig. Hb. 11,89 nach Autenrieth.
Sofortige Austastung. Im Cavum uteri fühlt man eine gut hühnereigroße Gewebsmasse, die digital entfernt wird. Mit der stumpfen Cürette folgen noch einige Gewebsbröckel. Darnach Scheidenspülung, leichte Tamponade, Gynergen.
Histolog.: Placentarpolyp mit akut entzündlichen Infiltrationen.
Am folgenden Tag Fieber von 39°, das aber bis nächsten Morgen wieder zur Norm absinkt. Patientin bleibt weiter fieberfrei und verläßt am 15. Tage nach dem Eingriff die Klinik. Hb. 42,3 nach Autenrieth.

Fall 20. Sept. Abt. Jahres-Nr. 101. 1925.
33jährige V-para.
Wird am 12. Tage p. p. wegen bestehenden Fiebers nach der Geburt eingeliefert. Patientin hat vor 12 Tagen draußen spontan entbunden. Die Placenta wurde durch Credé exprimiert, Placenta schien vollständig, „obwohl man an einer Stelle im Zweifel sein könnte". Am 5. Tag Schüttelfrost, Temp. um 39. Am 6. Tag Blutung.
Befund: Uterus vergrößert, sehr weich. Cervix für einen Finger durchgängig. Austastung. Im Cavum uteri höckrige Oberfläche und Blutcoagula. Es wird ein ungefähr 2-Markstück großes Gewebsstück digital gelöst, wobei ein Teil der Uterusmuskulatur mit ausreißt. Gynergen 0,5. 20 ccm Presojod i. V. Eisblase.
Histolog.: Keine richtigen Placentarteile, sondern Myometrium mit dünnen Deciduaresten, letztere stark entzündlich infiltriert und mit einzelnen chorialen Epithelien durchsetzt.
Wochenbett: Am 3. Tag Temperaturanstieg auf 39, auch in den folgenden Tagen noch subfebrile Temperatur. Am 10. Tag völlig fieberfrei. Verläßt am 16. Tag nach dem Eingriff die Klinik.

Fall 21. Geb.-Nr. 70. 1926.
26jährige II-para. Forceps.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Es werden kleinere Gewebsstücke aus dem Cavum entfernt, die makroskopisch sich als Placentarreste erweisen.
Wochenbett: störungsfrei, 9 Tage.

Fall 22. Geb.-Nr. 330. 1926.
32jährige IV-para. Spontangeburt.
Wegen starker Blutung Credé in Narkose. Placenta stark zerklüftet. Sicher unvollständig. Austastung: Es werden mehrere Cotyledonen entfernt, die makroskopisch als solche erkannt werden. Da Uterus Neigung zum Erschlaffen zeigt, wird 1 ccm Pituitrin durch die Bauchdecken in den Uterus injiziert.
Wochenbett: die ersten 6 Tage subfebril. Verläßt am 10. Tag die Klinik.

Fall 23. Geb.-Nr. 407. 1926.
28jährige I-para. 2½ Wochen post term. Spontangeburt.
5 Minuten nach der Geburt des Kindes starke Blutung. Placenta wird mittels des Credé'schen Handgriffes geboren. Es wird 1 ccm Pituitrin und 1 ccm Gynergen i. m. gegeben, heiße Scheidenspülungen. Eisblase. Besichtigung der Placenta ergibt, daß diese nicht vollständig. Es wird ein etwa haselnußgroßer Colyledo entfernt. Uterus kontrahiert sich gut. Besichtigung des Muttermundes, da es noch weiter blutet. Versorgung zweier bis ins Scheidengewölbe reichenden Cervixrisse. Anlegen des Aortenkomp.
Auch nach Abnahme desselben steht die Blutung. Uterus gut kontrahiert. Sanguis 1400 gr. Scheidentamponade. Die Patientin zeigt schon während der Narkose stark livide verfärbte Lippen, die auch später im gleich starken Maße vorhanden sind. 2× Hexeton i. m. Coffein, Kochsalzeinlauf mit Adrenalin. Nach etwa ½ Stunde reagiert Wöchnerin auf Anruf. Puls beschleunigt klein. Stark livide Verfärbung der Unterarme und Unterschenkel, der Mamillae und der Lippen. Atemnot und ständiges Klagen über Herzschmerzen.
Nach 1 Stunde noch keine Besserung. Wöchnerin reagiert, spricht mit den Umstehenden. Intravenöse Injektion von Hexeton. Kurz darauf Schlechterwerden der Atmung, weite Pupillen, keine Reaktion. 1 ccm Adrenalin intracardial. Puls nicht besser, ständig die oben erwähnten lividen Verfärbungen. Künstliche Atmung.
Exitus letalis 3½ Stunden p. p.
Die Sektion konnte die Todesursache nicht feststellen. Es bestand eine allgemeine Anämie mäßigen Grades.
Vermutungsdiagnose: Intoxikation durch Gynergen.
Wenige Zeit später wurde an der hiesigen Klinik ein Fall beobachtet, bei dem durch intrauterine Gynergen-Applikation es zu einer tödlichen Intoxikation kam. Auch in der Literatur (Archiv für Gynäkologie, 1925) findet sich ein von HÖHNE beschriebener Fall, bei dem nach Sect. Caesarea 1 ccm Gynergen in die Uteruswand injiziert wurde und die Patientin 2 Stunden später ohne jeden weiteren Blutverlust starb.

Fall 24. Geb.-Nr. 416. 1926.
43jährige XI-para. Gemini bei Placenta praevia.
Spontangeburt beider Kinder nach artifizieller Perforation der Placenta. Placenta durch Credé. Wegen Blutung und nicht sicher vollständiger Placenta Austastung. Es wird ein etwa pflaumengroßer Cotyledo entfernt. Uterus kontrahiert sich gut. Blutung steht. 1 Tag p. p. tritt ein 20' dauernder Schüttelfrost auf. Angeblich soll nach jeder Geburt ein solcher aufgetreten sein. Temperatur am 3. Tag p. p. 39,2, die jedoch am nächsten Tag wieder zur Norm abfällt. Verläßt am 16. Tag p. p. die Klinik.

Fall 25. Geb.-Nr. 434. 1926.
37jährige VIII-para.
Wendung und Extraktion bei Querlage. Placenta durch Credé exprimiert. Sie ist stark zerfetzt. Nicht sicher vollständig, da es weiterblutet, Austastung. Cavum uteri leer. Wochenbett normal, 8 Tage.

Fall 26. Geb.-Nr. 619. 1926.
36jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta spontan, sicher vollständig. Sofort nach Ausstoßung der Placenta setzt eine starke Blutung, die durch sofortige Aortenkompression nicht zu beeinflussen ist, trotz Femoralispuls verschwunden ist. Uterus zeigt weiche Konsistenz. Darum Austastung. Man findet das Cavum angefüllt mit Cruormassen, die teilweise an der Wand festhaften und entfernt werden. Darauf gute Uteruskontraktion, Blutung sistiert.
1 ccm Pituitrin und 1 ccm Gynergen. Wochenbett störungsfrei, 12 Tage.

Fall 27. Geb.-Nr. 630. 1926.
18jährige I-para. Forceps.
Placenta spontan, vollständig. Nach Ausstoßung derselben sehr starke Blutung, die nach Anlegung eines Aortenkomp. nicht vollkommen sistiert. Deshalb Austastung. Entfernung größerer Blutcoagula und Reiben des Uterus auf der eingeführten Hand. Uterus kontrahiert sich gut, Blutung steht. Wochenbett: störungsfrei, 8 Tage.

Fall 28. Geb.-Nr. 690 a. 1926.
30jährige III-para. Spontangeburt.
Wird entbunden in die Klinik eingeliefert. Nach Ausstoßung der Placenta setzte eine starke Nachblutung ein. Auf Injektion von 2× Seccacornin, 1× Pituglandol, heiße Uterusspülung und zweimaliger Scheidentamponade steht die Blutung nicht. Die Frau wird nun in die Klinik eingeliefert.
Die Untersuchung ergibt: Fundus uteri 1—2 Querfinger über dem Nabel. Austastung. Man findet mehrere, taubeneigroße Blutcoagula im Uteruscavum, die entfernt werden. Hierauf Pressojodspülung. Blutung steht.
Wochenbett störungsfrei. Der anfangs etwas frequente Puls geht am 7. Tag in normale Werte über. Dauer 13 Tage.

Fall 29. Geb.-Nr. 738 a. 1926.
19jährige I-para. Spontangeburt.
Draußen entbunden. Da die Nachgeburt nicht folgte, wurde zuerst Credé versucht, dann manuelle Lösung, beides ohne Erfolg.
Bei der Aufnahme hängt die Nabelschnur aus der Vagina. Uterus 1 Querfinger unter dem Nabel, gut kontrahiert. Kein Fieber. Abwarten. Nach 1½ Stunden Spontan-Ausstoßung der Placenta. Nicht sicher vollständig. Austastung. Uterus ist leer. Wochenbett: Temperaturschwankungen bis 39,5. Ab 10. Tag p. p. normale Temperatur. Verläßt am 15. Tag die Klinik.

Fall 30. Geb.-Nr. 762. 1926.
20jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta durch starken Druck geboren. Sicher vollständig. Leichte Nachblutung. Am 5. Tage p. p. Blutung . Deshalb Austastung. Es wird Gewebe zutage gefördert, welches sich makroskopisch als Placentargewebe erweist. Patientin übersteht den Eingriff gut. Keine Temperatursteigerung. Verläßt am 11. Tag die Klinik.

Fall 31. Geb.-Nr. 16. 1927.
23jährige III-para. Sturzgeburt. Placenta spontan. Vollständig.
Bei der Entlassungsuntersuchung finden sich im Uterus schwammige Massen, die digital entfernt werden.

Histolog.: Blutgerinnsel und Teil der Placentarstelle der Uteruswand. Keine deutliche Decidua und keine Zotten.
Nach dem Eingriff keine Temperaturerhöhung. Nach 4 Tagen entlassen.

Fall 32. Geb.-Nr. 23. 1927.
36jährige IV-para. Gemini. Veit Smellie bei Fußlage.
1. Spontangeburt. 2. Extraktion.
Die Placenta des 2. Zwillings zeigt auf Unvollständigkeit suspekte Stellen. Da Uterus sich gut kontrahiert, wird von einer Austastung Abstand genommen.
Bei der Entlassungsuntersuchung findet sich der Uterus schlecht zurückgebildet. Im Cavum uteri schwammige Massen tastbar. Patientin verweigert die Ausräumung und wird gegen Revers entlassen. Nach 6 Tagen wird Patientin wieder in die Klinik eingeliefert. Sie gibt an, daß sie seit der Entlassung dauernd geblutet und von Zeit zu Zeit größere Fetzen und Klumpen abgegangen seien. Patientin fühlt sich außerordentlich schwach und macht einen sehr anämischen Eindruck.
Hb. 29,8%. Temperatur 38,4.
In der Vagina dicke, faulig stinkende Blutcoagula. Uterus 3 Querfinger über der Symphyse. Cervixkanal für Finger durchgängig. Es wird der Uterus digital ausgetastet und mehrere Placentarreste entfernt. Da sich der ganze Fundus uteri noch rauh anfühlt, nachtasten mit stumpfer Cürette, die immer noch Gewebe zutage fördert. Danach Gynergen, Tropfeinlauf.
Patientin übersteht den Eingriff leidlich gut. Wegen starker Anämie Bluttransfusion am 2. Tage. In den ersten 9 Tagen leichtere Temperaturschwankungen, dann normale Werte. Am 30. Tage verläßt Patientin die Klinik. Hb. 36%.

Fall 33. Geb.-Nr. 45. 1927.
32jährige III-para. Spontangeburt.
Placenta durch Credé geboren. Sicher vollständig. Uterus gut kontrahiert. Am 8. Tag p. p. ist Muttermund noch bequem für Finger durchgängig. Bei der Austastung findet man eine Menge Blutcoagula und an der Uteruswand festhaftende derbe polypöse Gebilde. Makroskopische Placentargewebe.
Temperatur 1. Tag 38,4, dann normale Werte. Verläßt am 14. Tage p. p. die Klinik.

Fall 34. Geb.-Nr. 47. 1927.
17jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig, da es blutet, Austastung. Es finden sich nur Blutcoagula, keine Placentarreste. Wochenbett, am 2. und 4. Tag leicht subfebril. Verläßt am 9. Tag p. p. die Klinik.

Fall 35. Geb.-Nr. 50 a. 1927.
23jährige II-para. Spontangeburt.
Kommt entbunden in die Klinik. Untersuchung der Placenta ergibt, daß diese sicher unvollständig. Austastung. Neben Blutcoagula und Eihauresten auch Placentargewebe. Ab 2. Tag putride Lochien mäßig blutig. Dazu kommt ein Bronchialkatarrh, sodaß die Temperatur einige Male bis 39^0 heraufgeht.
Verläßt am 19. Tage p. p. die Klinik.

Fall 36. Geb.Nr. 57. 1927.
23jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta spontan sicher vollständig. Bis zum 7. Tag blutiger Ausfluß. Am 8. Tag Cervixkanal noch für Finger durchgängig. In der rechten Tubenecke mit der Uteruswand fest zusammenhängende Massen fühlbar. Cürettage. Es wird ein größeres Gewebestück herausbefördert.
Histologisch: Haufen von Plazentarzotten, größtenteils nekrotisch. Deciduareste.

Nach dem Eingriff keinerlei Störungen, kein Fieber. Verläßt am 13. Tage p. p. die Klinik.

Fall 37. Geb.-Nr. 60. 1927.
21jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher vollständig. Wegen blutiger Lochien bis zum 8. Tage Austastung. Mit der Cürette werden schwammige Gewebebröckel entfernt.
Histolog.: Entzündlich infiltrierte Blutcoagula mit spärlichen Deciduaresten, keine Zotten.
Störungsfreier Verlauf, verläßt 4 Tage nach dem Eingriff, am 12. Tage p. p. die Klinik.

Fall 38. Geb.-Nr. 67. 1927.
33jährige V-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher vollständig. Blutige Lochien. Da am 8. Tage p. p. Uterus noch schlecht zurückgebildet, Cervixkanal für Finger durchgängig, wird ausgetastet. Es werden Blutcoagula und einige Gewebsfetzen entfernt.
Danach keine Temperaturerhöhung, verläßt am 11. Tag p. p. die Klinik.

Fall 39. Geb.-Nr. 69. 1927.
23jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst, sicher vollständig. Vom 7. Tag p. p. an blutig stinkende Lochien. Da am 10. Tag p. p. Uterus noch in Nabelhöhe steht, und Cervixkanal bequem für Finger durchgängig, digitale Ausräumung. Es werden von der Uterusvorderwand Blutcoagula und derbe Gewebsstücke entfernt.
Histolog.: Keine Placentargewebe, sondern nur Decidua, z. T. nekrotisch.
Patientin übersteht den Eingriff gut. Keine Temperaturerhöhung.
Verläßt am 16. Tag p. p. die Klinik.

Fall 40. Geb.-Nr. 76. 1927.
29jährige II-para. Wendung und Extraktion bei engem Becken 1^0.
Placenta mittels Credé geboren. Sie ist nicht sicher vollständig. Da eine starke Blutung einsetzt, die auch nach Anlegen eines Aortenkompressoriums nicht steht, Austastung. Uterus leer, Massage desselben auf der eingeführten Hand. Blutung steht, Uterus kontrahiert.
Wochenbett: Während der ersten 8 Tage leicht subfebrile Temperatur und foetide Lochien. Verläßt am 14. Tage p. p. die Klinik.

Fall 41. Geb.-Nr. 85. 1927.
26jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Sicher nicht vollständig. Es wird der fehlende Cotyledo digital entfernt. Blutung steht.
Wochenbett störungsfrei 9 Tage.

Fall 42. Geb.-Nr. 88. 1927.
40jährige VIII-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher vollständig. Vom 3. Tag an putride Lochien, am 10. Tag p. p. Blutung. Uterus schlecht zurückgebildet. Austastung. Es werden von der Uterusvorderwand Gewebsstücke gelöst. Patientin übersteht den Eingriff gut und verläßt am 12. Tag p. p. die Klinik.

Fall 43. Geb.-Nr. 92. 1927.
44jährige IX-para. Impression nach HOFMEIER in Walcher'scher Hängelage-Kristeller. Enges Becken. Placenta spontan, sicher unvollständig. Da es blutet wird ausgetastet. Es wird ein in der rechten Tubenecke adhärenter Cotyledo gelöst. Im Cavum schwammige Massen, die sich als Blutcoagula und Eihautreste erweisen. Presojodscheidentusche. Uterus kontrahiert sich gut, Blutung steht.

In den folgenden Tagen steigt die Temperatur bis 38,6, foetider Ausfluß und am 6. Tag p. p. starke Blutung.
Befund: Der Uterus steht bis über dem Nabel, nach rechts ausladend, weich. Cervixkanal geöffnet. Cavum blutgefüllt. Austastung. Die ganze Placentarhaftstelle ist mit dicken festen Strängen und mit Blutcoagula bedeckt, zwischen denen im oberen Teil 2—3 tauben- und hühnereigroße Stücke zu fühlen sind. Manuelle Ausräumung, die jedoch die dicken Stränge nicht beseitigen kann. Der Uterus bleibt noch auffallend groß und weich. Darum vorsichtige Abrasio; es bedarf jedoch kräftigen Schabens, bis die Placentarhaftstelle einwandfrei glatt wird.
Der Blutverlust ist sehr groß. Haselhorst'sche Klemme wird angelegt. Das Herz mit Hexeton und Coffein unterstützt. Zugleich wird Gynergen, später Pituitrin gegeben, worauf Uterus sich gut kontrahiert.
Blutung steht. Ein Tropfeinlauf wird angeschlossen. Die Frau erholt sich nach etwa 3 Stunden sehr rasch.
Histolog.: Große Placentarreste mit entzündlicher Infiltration.
Das Wochenbett war im weiteren Verlauf völlig fieberfrei. Patientin verläßt am 28. Tage p. p. die Klinik.

Fall 44. Geb.-Nr. 97. 1927.
39jährige VIII-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Sicher vollständig. Ab 4. Wochenbettstag putride Lochien und geringe Blutung. Am 8. Tag Muttermund noch geöffnet. Die digitale Austastung ergibt Blutcoagula und reichlich organisiertes Gewebe.
Entlassung am folgenden Tag gegen Revers.

Fall 45. Geb.-Nr. 139. 1927.
21jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher vollständig. Uterus gut kontrahiert.
Wochenbett normal, nur am 3. Tag 38,4°. Verläßt am 7. Tag p. p. die Klinik.
Am 11. Tag p. p. klagt Patientin über starke Leibschmerzen. In der Nacht bemerkt sie eine starke Blutung aus dem Genitale. Sie sucht deshalb die Klinik auf.
Befund: Uterus steht bis 3 Querfinger über dem Nabel. Cervicalkanal gut für Finger durchgängig. Man fühlt in der Gegend der rechten Tubenecke mehrere rauhe Stellen. Mit stumpfer Cürette wird nachgetastet und einige Gewebsbröckel entfernt. Darauf Scheidentamponade 1,0 Gynergen. Eisblase und Secale.
Histolog.: Entzündliche infiltrierte Fibringerinnsel, Blutgerinnsel. Einige wenige Fetzen von z. T. nekrotischem Deciduagewebe. Keine Placentarzotten.
Patientin übersteht den Eingriff sehr gut. Störungsfreier Verlauf. Verläßt 14 Tage nach dem Eingriff die Klinik.

Fall 46. Geb.-Nr. 228. 1927.
32jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher vollständig.
In den ersten Tagen post partum blutige Lochien. Am 7. Tage bedrohliche Blutung, deshalb Ausräumung. Es wird Gewebe zutage gefördert, das sich makroskopisch als Placentargewebe erweist.
Im weiteren Wochenbettsverlauf kein Fieber. Verläßt am 14. Tage p. p. die Klinik.

Fall 47. Geb.-Nr. 249. 1927.
25jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher vollständig.
Am 9. Tag p. p. ist Uterus noch schlecht zurückgebildet, Cervicalkanal gut für Finger durchgängig. Austastung. Es wird ein an der Uteruswand haftendes Gewebestück

digital entfernt. Geringe Blutung. Heiße Uterusspülung. Eisblase und Gynergen. Darauf steht die Blutung. Uterus kontrahiert sich gut.
Histolog.: Placentargewebe z. T. nekrotisch, stellenweise entzündlich infiltriert.
Patientin übersteht den Eingriff gut, kein Fieber. Verläßt am 13. Tage p. p. die Klinik.

Fall 48. Geb.-Nr. 257. 1927.
24jährige III-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher vollständig.
Wochenbett normal. Am 8. Tag p. p. treten blutige Lochien auf. Bei der Untersuchung am 9. Tage p. p. ergibt sich der Uterus schlecht zurückgebildet, groß und weiche Konsistenz. Cervicalkanal für 2 Finger durchgängig. Austastung. Es werden aus dem Cavum Gewebefetzen entfernt.
Histolog.: Große Deciduafetzen, z. T. in Blutgerinnsel eingeschlossen; stellenweise nekrotisch und entzündlich infiltriert. Keine Placentarzotten. Abends Temperaturanstieg bis 38,6, jedoch am folgenden Tag wieder normale Werte. Verläßt am 13. Tage p. p. die Klinik.

Fall 49. Geb.-Nr. 330. 1927.
34jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher nicht vollständig. Austastung. Es wird ein an der Vorderwand festhaftender Cotyledo entfernt.
Histolog.: Placentargewebe mit Blutcoagula.
Wochenbett: Temperatur bis zum 3. Tag leicht subfebril.
Verläßt am 9. Tag die Klinik.

Fall 50. Geb.-Nr. 366. 1927.
36jährige VI-para. Zangenversuch. Perforation und Extraktion.
Uterusaustastung wegen Verdacht auf Uterusruptur bei liegender Placenta. Uterus intakt. Beim Herausgehen mit der Hand werden einige Blutcoagula und Placentarreste mit herausbefördert.
Placenta durch starken Druck von oben geboren. Placenta sicher unvollständig, es wird nochmals nachgetastet und das fehlende Placentargewebe entfernt.
Während der ersten 6 Tage kein Fieber und keine Beschwerden. Ab 6. Tag Schwellung und Rötung der Varizen, Schmerzen in und unterhalb der linken Kniekehle. Auf feuchte Umschläge — Bettruhe Besserung. Patientin verläßt auf eigene Verantwortung am 11. Tage die Klinik.
Dann Wiederaufnahme wegen Thrombophlebitis links. Bleibt bis 30 Tage p. p. in der Klinik.

Fall 51. Geb.-Nr. 391. 1927.
40jährige IV-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Sicher unvollständig. Placenta zeigt mehrere Nebenplacenten, von denen eine vollständig fehlt. Austastung. Es gelingt die Nebenplacenta zu entfernen, worauf Blutung steht.
Wochenbett: An den beiden ersten Tagen Temperatur 38, sonst normal.
Verläßt am 10. Tag p. p. die Klinik.

Fall 52. Geb.-Nr. 402.
39jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan; sicher vollständig.
Wochenbett: störungsfrei. Am 10. Tag wird Patientin mit Secalerecept wegen subinvolutio uteri entlassen.

Patientin kommt am selben Tag wieder mit der Angabe, daß sie zuhause von einer schweren Blutung überrascht worden sei. Auf Gynergen und Eisblase steht die Blutung wieder. Am 16. Tage p. p. erneut starke Blutung. Die Untersuchung zeigt inneren Muttermund offen, Fundus-uteri gut 2 Querfinger über der Symphyse.
Austastung: Es wird ein in der linken Tubenecke befindliches polypöses Gebilde entfernt und mit Cürette nachgetastet.
Darauf steht die Blutung. Uterus kontrahiert sich gut.
Histolog.: Zahlreiche Zotten, viel Blut- und Fibringerinnsel. Schleimhautteilchen. Nach dem Eingriff niemals Temperaturerhöhung, verläßt am 5. Tage die Klinik.

Fall 53. Geb.-Nr. 434. 1927.

35jährige X-para. Spontangeburt.
Placenta spontan; sicher unvollständig.
Austastung. Es werden die fehlenden Cotyledonen digital entfernt.
Wochenbett: Leicht subfebrile Temperatur. Verläßt am 10. Tag die Klinik.

Fall 54. Geb.-Nr. 443. 1927.

21jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta durch Credé in Narkose auf sehr starken Druck. Sicher unvollständig. Austastung. Es werden Gewebebröckel gefunden, die sich makroskopsich als Placentargewebe ergeben.
Wochenbett: Am 6. und 12. Tag Temperatur bis 39^0 und 38^0, und ein urticarieller Ausschlag, der bis zum Abend desselben Tages verschwindet. Verläßt am 17. Tage p. p. die Klinik.

Fall 55. Geb.-Nr. 450. 1927.

27jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Da es blutet, Austastung. Es wird ein in der rechten Tubenecke haftender Geweberest entfernt. Presojod-Scheidentusche. Sepsis Antitoxin.
Histolog.: Decidua mit reichlich Fibrinmassen, massig entzündlich infiltriert.
Wochenbett: störungsfrei, 12 Tage.

Fall 56. Geb.-Nr. 478. 1927.

24jährige IV-para. Extraktion. Veit Smellie bei Fußlage.
Placenta durch Credé exprimiert. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden einige Gewebsbröckel entfernt, die makroskopisch nicht als Placentargewebe zu erkennen sind.
Histolog.: Reichlich Blutgerinnsel; Placentarzotten, kleine Deciduateile. Das ganze stellenweise entzündlich infiltriert.
Wochenbett: Leichte Schwellung und Schmerzhaftigkeit im rechten Bein. Kein Fieber. Verläßt am 19. Tage p. p. die Klinik.

Fall 57. Geb.-Nr. 480. 1927.

20jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig, da es blutet, Austastung. Es werden Blutcoagula und einige Gewebsbröckel herausgeholt. Ob Placentargewebe unsicher.
Wochenbett: Patientin stark anämisch. Am 5. Tag Bluttransfusion, daraufhin Temperaturanstieg auf 39^0, jedoch am folgenden Tag normale Temperatur. Verläßt am 14. Tag p. p. die Klinik.

Fall 58. Geb.-Nr. 532. 1927.
44jährige I-para.
Fieber vor der Geburt, wird mit der Diagnose: Thrombophlebitis und ulcus cruris chron. eingeliefert. Bei Kreissaalaufnahme kein Fieber. Es kommt zur Spontangeburt. Placenta folgt von selbst; nicht sicher vollständig. Da es blutet, Austastung. Uterus vavum mit Blutcoagula angefüllt. An der rechten Uteruswand adhaerente Massen, die gelöst werden. Aortenkomp. Uterus kontrahiert sich gut. Sepsis-Antitoxin.
Histolog.: besteht das Material im wesentlichen aus Blutcoagula; ab und zu sind scheinbare Formen von Zotten zu finden; jedoch ist ihre Zottennatur zweifelhaft.
Wochenbett: Gleich am ersten Tag hohes Fieber, und Pulsbeschleunigung. Patientin wird wegen dringenden Verdacht auf Erysipel am linken Unterschenkel auf die septische Abteilung verlegt. Am 4. Tag p. p. bricht Erysipel bis zum untersten Drittel des Oberschenkels hinauf. Ichtyolanstrich. Zehen etwas kühl und livide verfärbt. Temperaturanstieg. Am 7. Tag p. p. beginnende Gangrän des Fußrückens. Patientin wird jetzt in die chirurgische Klinik verlegt. An den Genitalien kein pathologischer Befund.
Am 10. Tag p. p. Exitus letalis. Keine Amputation.
Epikrise: Der Tod der Patientin ist mit Sicherheit nicht der erfolgten Austastung zur Last zu legen, sondern eine Folge des Erysipels und des damit verbundenen gangränösen Prozesses.

Fall 59. Geb.-Nr. 553. 1927.
33jährige X-para. Spontangeburt.
Starke Blutung bei liegender Placenta. Nach 35', da es immer noch blutet, Credé. Gut die Hälfte der Placenta läßt sich exprimieren. Das restliche Drittel, welches im unteren Uterinsegment festsitzt, wird manuell gelöst abgetrennt und einige Bröckel von Taubeneigröße mit großer Mühe von der Uteruswand abgelöst. Das ganze untere Uterinsegment ist sehr weich und dünn und im Bereich der Placentar-Insertionsstelle stark zerklüftet.
Blutung steht. Heiße Scheidenspülung. Gynergen. Pituitrin, Eisblase, Tropfeinlauf mit Subrarenin. Kochsalztransfusion.
Gesamtblutverlust bis zur Austastung 2200 gr.
In der Folge erholt sich Patientin etwas. Puls wird voller, immer noch stark beschleunigt. Nasenflügelatmen, leichte Unruhe. Nach einer Stunde nochmals Auftreten einer Blutung, ¼ Stunde dauernd. Zweite Austastung und Lostrennung eines taubeneigroßen Placentarrestes. Blutung steht nun dauernd. Patientin ruhig.
Histolog.: Auffallend viel hyalines Material sowohl an der uterinen Oberfläche der Placentaransatzstelle der Decidua, als in den intervillösen Räumen.
Wochenbett: Am 2. Tag 600 ccm Blut transfundiert, ohne Störung. Temperatur stets normal. Patientin erholt sich auffallend rasch und verläßt am 14. Tage p. p. die Klinik.

Fall 60. Geb.-Nr. 571. 1927.
24jährige II-para. Spontangeburt, Gemini.
Blutung bei liegender Placenta. Credé. Placenta sicher unvollständig. Austastung. Es werden Blutcoagula und Gewebreste zutage gefördert, das sich als Placentargewebe erweist. Wochenbett: störungsfrei 9 Tage.

Fall 61. Geb.-Nr. 653a. 1927.
38jährige VI-para.
Kommt halb entbunden, mit liegender Placenta in die Klinik. Fundus in Nabelhöhe, Uterus schlecht kontrahiert. Credé ohne Narkose, dann Credé in Narkose, beide ohne Erfolg. Darum manuelle Placentarlösung, die teilweise sehr schwierig ist und

nur unvollständig gelingt. Deshalb Nachtastung, wobei 2 Cotyledonen entfernt werden. Wochenbett: Am 4. Tag Thromben im linken Unterschenkel. Verläßt am 18. Tage p. p. die Klinik.

Fall 62. Geb.-Nr. 654. 1927.
22jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta manuell gelöst. Da nicht sicher vollständig, Nachtastung. Uterus leer.
Wochenbett: o. B. 11 Tage.

Fall 63. Geb.-Nr. 136. 1928.
37jährige III-para. Spontangeburt.
Placenta durch Druck von oben. Sicher nicht vollständig. Da es blutet, Austastung. Uterus vollgeblutet, es wird ein Cotyledo entfernt. Blutung steht.
Wochenbett: von 4.—6. Tag subfebril. Sonst normale Temperatur. Dauer 10 Tage.

Fall 64. Geb.-Nr. 179. 1928.
24jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Vollständig.
Wochenbett: Am 5. Tag Temperatur bis 39,2 und Schüttelfrost. Am 12. Tag p. p. Cervicalkanal noch geöffnet. Starke Blutung. Austastung. Es wird ein etwa pflaumengroßes Gewebsstück entfernt.
Histolog.: Placentarreste und Fibringerinnsel. Nach dem Eingriff Entfieberung. Patientin verläßt am 16. Tag p. p. die Klinik.

Fall 65. Geb.-Nr. 195. 1928.
30jährige VI-para. Spontangeburt.
Placenta durch Credé. Nicht sicher vollständig. Da es blutet, Austastung. In der linken Tubenecke einige festhaftende Gewebereste, die manuell gelöst werden und sich als von der Placenta stammend erweisen.
Wochenbett: Auftreten einer Thrombophlebitis links und eines Zahnabzesses. Dauer 65 Tage.

Fall 66. Geb.-Nr. 198. 1928.
29jährige IV-para.
Metreuryse-Komb. Wendung auf den linken Fuß, Eröffnung des Wirbelkanals, Dekapitation bei nachfolgendem Kopf, Kephalotrypsie des abgeschnittenen Kopfes, Extraktion. Da Placenta auf Credé ohne Narkose und in Narkose nicht folgt, manuelle Ausräumung. Die Placenta ist so morsch, daß man bei dem Ablösungsmechanismus in Placentargewebe einbricht. Schließlich gelingt es doch sie zu entfernen.
Bei der Nachtastung zeigt sich die hintere Uteruswand und die beiden Tubenecken sehr rauh und mit kleinen Placentarresten bedeckt, die entfernt werden. Bedeutender Blutverlust. Uterus sehr schlaff. Gynergen, Pituitrin. Kein Erfolg, Massage, dann Scheidentamponade. Blutung steht jetzt.
Wochenbett: Am 2. Wochenbettstag Fieber bis 39,4°, das dann wieder abfällt; am 4. Tage 39°, am 6. Tag p. p. 40°. Die Temperatur bleibt dann in den nächsten Tagen zwischen 39 und 40°. Man gibt Herztonika. Am 10. Wochenbettstag werden 600 ccm Blut transfundiert. Doch damit ist der rasche Verfall nicht mehr aufzuhalten. Am 12. Tage p. p. Exitus letalis.
Sektion: Allgemeininfektion nach puerperaler eitriger, jauchiger Endometritis, mit eitriger Parametritis thrombophlebitica. Bronchopneumonische Herde und Lungenabszesse in beiden Unterlappen. Eitrige Cystitis. Infarkte in Milz (eitrig) und Nieren. Im Eiter finden sich Streptococcen, Staphylococcen und Fäulnisstäbchen.

Epikrise: Bereits bei Einlieferung in die Klinik besteht Fieber. Es wird tympania uteri festgestellt. Aus dem Uterus entweichen bei der Armlösung reichlich Gasblasen. Hinzu kommt noch die komb. Wendung und die zerstückelnde Operation. Von dem Blutverlust von 1500 gr bei der manuellen Lösung erholte sich Patientin verhältnismäßig rasch. Todesursache ist also die schon vor der Geburt bestehende Infektion, die im weiteren Verlauf fortschritt und an der Patientin zugrunde geht. Der Todesfall ist also nicht der Nachtastung zur Last zu legen.

Fall 67. Geb.-Nr. 268. 1928.
39jährige VIII-para. Spontangeburt bei rechts ged. Steißlage.
Tiefer Sitz der Placenta. Placenta durch starken Druck exprimiert. Nicht sicher vollständig. Da es blutet, Austastung. Es werden kleine Gewebsstücke entfernt. Histolog.: Blutgerinnsel mit anhaftenden Deciduafetzen.
Wochenbett o. B. Leicht subfebril wegen bestehender Tbc. pulmonun der Patientin, die aus Lungenheilstätte kommt. Verläßt 16 Tage p. p. die Klinik.

Fall 68. Geb.-Nr. 278. 1928.
43jährige XV-para. Spontangeburt.
Placenta folgt auf leichten Druck. Sicher unvollständig. Austastung und Entfernung eines Cotyledo. Wochenbett o. B. 10 Tage.

Fall 69. Geb.-Nr. 319. 1928.
36jährige VIII-para. Placenta praevia centralis.
Wendung nach Braxton Hicks. Geburt erfolgt spontan.
Placenta durch Credé geboren. Nicht sicher vollständig. Austastung. Uterus leer. In den ersten Wochenbettstagen leicht subfebrile Temperatur.
Verläßt 10 Tage p. p. die Klinik.

Fall 70. Geb.-Nr. 338. 1928.
33jährige IV-para. Spontangeburt. Placenta von selbst. Sicher unvollständig. Starke Blutung. Austastung. Es werden einige Gewebsfetzen entfernt, die sich makroskopisch als Placentarreste erweisen.
Wochenbett: Störungsfrei. 8 Tage.

Fall 71. Geb.-Nr. 545. 1928.
35jährige VI-para. Gemini. Spontangeburt. Placenta praevia.
Placenta durch Credé exprimiert. Sicher unvollständig. Es blutet sehr stark. Austastung. Es werden einige festhaftende Placentarreste gelöst. Uterus kontrahiert sich trotz Massage, Gynergen, Pituitrin schlecht und es blutet leicht weiter. Deshalb Uterus-Scheidentamponade.
Wochenbett: Während der ersten 3 Tage Fieber. Am 5. Tag Bluttransfusion 600 ccm. Verläßt am 22. Tag p. p. die Klinik.

Fall 72. Geb.-Nr. 353. 1928.
29jährige III-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Sicher unvollständig. Austastung und Entfernung eines Cotyledo. Wochenbett ohne Störung. 10 Tage.

Fall 73. Geb.-Nr. 587. 1928.
29jährige II-para. Spontangeburt.
Credé in Narkose. Placenta nicht sicher vollständig. Atonie, Austastung. Es wird ein an der Uterushinterwand haftender kleinhandtellergroßer Placentarrest gelöst. Atonie besteht noch einige Zeit fort. Aortenkomp. Gynergen.
Wochenbett: Wegen Nephropathia gravidarum Klinikaufenthalt 27 Tage.

Fall 74. Geb.-Nr. 710. 1928.

28jährige I-para. Hohe Zange. Dammriß.

Placenta von selbst. Sicher vollständig.

Wochenbett: Am Abend des 2. Tages spontan starke Blutung. Auf Druck auf den Uterus entleeren sich Blutcoagula (250 gr). 1 ccm Gynergen und Eisblase. Nach 10 Minuten ist der Uterus wieder vollgeblutet, es werden wieder ca. 250 gr auf Druck entleert.

Austastung. Es werden einige Gewebsbröckel entfernt, die makroskopisch Placentarreste zu sein scheinen. Mit stumpfer Cürette wird nachgetastet. Uterus kontrahiert sich auf Pituitrin und Gynergen schlecht, deshalb Scheidentamponade. Na Ce-Infusion.

Histolog.: Keine Placentarzotten. Dagegen Decidua mit chorialen Epithelien und starker entzündlicher Infiltration.

Der weitere Wochenbettsverlauf ist sehr gestört. Am 3. Tag nach dem Eingriff Temperatur 39,4°. Wunde am Damm, schmierig, eitrig belegt. In der Vagina eine ulcerierende Wundhöhle. Adnexen und Parametrien frei. Uterus noch etwas groß. Im Bereich des linken Lungenunterlappens Dämpfung und Bronchialatmen. Infarkt? Es bestehen dauernd subfebrile Temperaturen, abgeschwächter Stimmfremitus.

Schmerzen in der rechten Brust, beginnende Mastitis. Die Temperaturen am 17. und 18. Tag p. p. über 39°. Es kommt zur Gewebseinschmelzung und Incision am 23. Tag. Die Temperaturen sinken zwar etwas, bleiben aber dauernd um 38°, hat viel Auswurf, teils blutig. Anscheinend handelt es sich um einen Lungeninfarkt.

Erst ab 41. Tag Entfieberung und schnelle Heilung. Verläßt am 46. Tag p. p. die Klinik.

Fall 75. Sept. Abt. Jahres-Nr. 283. 1928.

42jährige II-para.

Am 28. Oktober 1928 hat Patientin draußen spontan entbunden. Am 11. Tag p. p. tritt eine starke Blutung auf. Der herbeigerufene Arzt verordnete Tropfen. Da die Blutung nicht stand, machte der Arzt am 14. Tage p. p. Tamponade. Seit diesem Tag angeblich Fieber, vorher sollen stets normale Temperaturen gewesen sein. Auch soll der Arzt in der Folgezeit, also nach dem 14. Tage p. p. mehrere Einspritzungen gemacht haben. Die Pat. wird am 15. Tage post partum in die Klinik eingeliefert. Befund: Die Patientin zeigt eine wachsbleiche Gesichtsfarbe, desgleichen die Haut des ganzen Körpers. In der Vagina liegt eine Jodoformgazetamponade, die nicht durchblutet, aber von einer übelriechenden Flüssigkeit durchtränkt ist. Man findet Portio zerklüftet und einen auf der rechten Seite bis in das Scheidengewölbe reichenden Cervixriß. Der Cervicalkanal ist geöffnet. Im Cavum sind derbe Gewebspartien tastbar, die aber nicht weiter verfolgt werden, um keine Blutung hervorzurufen. Adnexen und Parametrien frei. Hb. 18%.

Am nächsten Tag wird ein Placentarpolyp digital entfernt. Keine Nachkürettierung. Bei der Ausräumung blutet es nur wenig. Keine Nachblutung. Anschließend Bluttransfusion von 600 ccm.

Die sehr schlecht aussehende Patientin erholt sich vorübergehend recht gut. Puls wieder kräftig. Appetit gut. Jedoch tägliche Temperaturzacken bis 40,5°. Am 2. Tag nach dem Eingriff ein 15 Minuten dauernder Schüttelfrost. Am 3. Tag dünnflüssige, übelriechende Stühle. Am 3. und 4. Tag Temperaturen bis 38°. Am 4. Tag tritt Schwellung des linken Beines auf. In derselben Nacht halbstündiger Schüttelfrost. Am 5. Tag Abfall der Temperaturen zur Norm, jedoch unverändert hoher Puls von 140—160. Zunehmender Verfall. Erschwertes Atmen. Trotz Herzmittel ist keine Besserung zu erzielen, sodaß am 10. Tage der Exitus eintritt.

Histologischer Befund des Austastungsmaterials: Blutgerinnsel mit verstreuten Placentarzotten und kleine Fetzen von Decidua, alles stark entzündlich infiltriert.
Sektion: Starke Anämie sämtlicher Organe. Thrombose der lk. v. Femoralis, der r. v. iliaca und des Plexus-uterinus. Sepsis, septische Embolie beider Lungen. Pleuritis fibrinosa. Uterus gut zurückgebildet.

Fall 76. Geb.-Nr. 53. 1929.
36jährige V-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Sicher unvollständig. Austastung: Es wird ein Cotyledo placentae entfernt, makroskopisch als solcher erkannt.
Wochenbett: störungsfrei. 12 Tage.

Fall 77. Geb.-Nr. 75. 1929.
29jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Sicher vollständig.
Wochenbett: Am 5. Tag p. p. setzt eine plötzliche Blutung (350 gr) ein, die sich nicht stillen läßt. Es wird ausgetastet.
Es finden sich reichlich Blutcoagula und einige Gewebsstücke. Nach der Ausräumung steht die Blutung. Uterus kontrahiert sich gut.
Histolog.: Vorwiegend Blutgerinnsel ohne Placentarzotten; nur drüsige Fibrinabscheidungen darin. Ferner Streifen großzelliger Decidua mit stark entzündlicher Infiltration, aber noch auf der Höhe nicht in Rückbildung.
Patientin übersteht den Eingriff gut. Keine Temperatursteigerung. Verläßt am 11. Tage p. p. die Klinik.

Fall 78. Geb.-Nr. 230. 1929.
32jährige IV-para. Placenta praevia lat. Braxton-Hicks.
Placenta durch Credé geboren. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden Placentarreste entfernt (makroskopisch).
Da Patient stark ausgeblutet (1300 gr), wird anschließend eine Bluttransfusion durchgeführt (400 ccm).
Wochenbett: Das Wochenbett ist stark gestört. In den ersten Tagen Temperaturen bis 40,6°, die dann (6—8 Tage) etwas abfallen, um dann wieder bis 40° zu steigen. Es besteht Verdacht auf subphren. Abszeß links. Die Pleurapunktion ergibt ein seröses Exsudat. Am 24. Tag p. p. wird das Wochenbett noch kompliziert durch eine Otitis media. Wird am 35. Tag in ein Krankenhaus verlegt.

Fall 79. Geb.-Nr. 255. 1929.
22jährige II-para. Gemini. 1 spontan. 2 Wendung und Extraktion.
Placenta von selbst. Nicht sicher vollständig. Es wird ausgetastet und einige Cotyledonen entfernt; makroskopisch erkannt.
Wochenbett: In den ersten Tagen geringe subfebrile Temperaturen. Dauer 9 Tage.

Fall 80. Geb.-Nr. 376. 1929.
30jährige I-para. Spontangeburt.
Kommt entbunden am 11. Tage p. p. stark ausgeblutet in die Klinik. In der Vagina liegen Blutcoagula, ca. 400 gr. Uterus steht 4 Querfinger oberhalb der Symphyse, ist sehr weich.
Sofortige Nachtastung. In der rechten Tubenecke und der hinteren Uteruswand sind starke Rauhigkeiten tastbar. Im Cavum selbst ist viel geronnenes Blut. Es werden Blutcoagula und Gewebsreste entfernt, die sich als Placentarreste erweisen. Anschließend Cürettage. Blutung steht. Eisblase, Gynergen, Sanguis in der Klinik 700 gr. Völlig störungsfreier Verlauf der nächsten Tage. Nach 9 Tagen nach Hause.

Fall 81. Geb.-Nr. 384. 1929.
35jährige III-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst, anscheinend vollständig. Wochenbett zunächst ungestört. Am 3. Tag p. p. starker blutiger Ausfluß. 3mal täglich Gynergen. Am 4. Tag findet man Uterus 4 Querfinger oberhalb der Symphyse. Austastuung. Es werden digital einige Blutcoagula und Gewebsreste entfernt. Dann wird nochmals mit stumpfer Cürette nachgetastet. Blutung steht und Uterus kontrahiert sich gut.
Histolog.: Reichlich Deciduamassen, fast alle stark entzündlich infiltriert, zum Teil nekrotisch. Keine Zotten. Patientin übersteht den Eingriff gut.
Verläßt am 14. Tag p. p. die Klinik.

Fall 82. Geb.-Nr. 413. 1929.
33jährige IV-para.
Sehr anämische Frau, wird entbunden in die Klinik eingeliefert.
Vor 14 Tagen partus. Kommt wegen starker Blutung im Wochenbett in die Klinik; ist tamponiert, jedoch ist dieselbe durchblutet. Nach Entfernung der Tamponade findet man Cervicalkanal für 2 Finger durchgängig. Uterus stark vergrößert. Bei der digitalen Austastung findet man an der hinteren Uteruswand Rauhigkeiten, die sich abbröckeln lassen und wie Placentarreste aussehen. Anschließend nachtasten mit stumpfer Cürette. Gynergen 1 ccm, Streifen in Uterus und Scheide. Eisblase. Blutung steht. Uterus kontrahiert sich gut.
Histolog.: Nichts von Placentargewebe, sondern Placentarstelle der Uteruswand mit Entzündung; ferner hyalines Gewebe, welches einen Teil der Deciduabasalis darstellt und an einer Stelle eine dünne Schicht von Deciduazellen und einen Epithelüberzug besitzt. Die Frau übersteht den Eingriff gut und verläßt nach störungsfreien Verlauf nach 7 Tagen die Klinik.

Fall 83. Geb.-Nr. 494. 1929.
38jährige IX-para.
Wird entbunden, wegen starker Blutung pulslos in die Klinik eingeliefert. Spontane Entbindung draußen. Bei liegender Placenta trat eine geringe Blutung auf. Placenta wurde ½ Stunde nach dem Partus spontan ausgestoßen. Bald darauf erneute Blutung, die auf Secale fast völlig stand (3 St. p. p.). 4 Stunden post partum, vaginale Untersuchung und Entfernung eines etwa daumengliedgroßen Placentarrestes. Noch weiter geringe Blutung. Hebamme spritzte Cardiazol und Secale.
8 Stunden p. p. fand sich Verschlimmerung der Anämie, starke Auftreibung des Leibes, Tympanie. Patientin wird mit Scheidentamponade in die Klinik gebracht. 10 Stunden p. p. kommt Patientin zur Klinikaufnahme; kein Puls fühlbar, Hb. 62%. Narkose. Im Spekulum wird die Cervix eingestellt; sie ist völlig intakt, ebenso die Vagina. Es wird nun in das Cavum uteri eingegangen. Keinerlei Ruptur feststellbar. Das Cavum enthält auch keine Placentarreste. Während der Untersuchung blutet es ganz leicht. Trotzdem Uterusscheidentamponade.
Danach stündlich Coffein und Campher. Wegen Unruhe 0,005 Morphium. Da der Hämoglobingehalt bei 2maliger Bestimmung durch 2 getrennte Untersucher einen Wert von 62 und 65% ergibt, wird zunächst von einer Bluttransfusion abgesehen. Es wird angenommen, daß an dem schlechten Allgemeinbefinden hauptsächlich ein Versagen der Herzkraft bei der relativ schwächlichen Frau schuld ist.
Trotz Cardiaca, anschließender Autotransfusion und Tropfeinlauf tritt 13 Stunden 15 Minuten post partum der Exitus ein.
Sektion: Acute, hochgradige Anämie. Geringe Blutaspiration in beiden Lungenunterlappen. Dilatation des Herzens. Acute Anämie aller Organe. Der Tod ist

zurückzuführen auf die acute Anämie. Nach der Uterustamponade, welche sich noch an der Leiche fand, ist die Blutung in der Klinik nicht weiter fortgeschritten.
Epikrise: Die Bestimmung des Hb.-Gehaltes als Gradmesser für die Anämie hat also in diesem Falle versagt. Es muß angenommen werden, daß das Restblut noch nicht genügend verdünnt war nach dem acuten Blutverlust in der Nacht. Es bleibt zu erwägen, ob evtl. durch eine sofortige Bluttransfusion nicht doch noch ein therapeutischer Effekt erzielt worden wäre.

Fall 84. Geb.-Nr. 511. 1929.
26jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta durch Druck geboren. Sicher nicht vollständig. Austastung. Cervix bis vor die Vulva gezogen. Im Cavum tastet man Blutgerinnsel und Gewebestücke, die entfernt werden. Blutung steht.
Histolog.: Placentarreste. Wochenbett: störungsfrei 9 Tage.

Fall 85. Geb.-Nr. 612. 1929.
27jährige III-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Sicher vollständig.
Mit Placenta werden 800 gr Blut ausgestoßen, Aortenkomp. Blutung steht. Bei Lockern derselben nach 10 Minuten setzt starke Nachblutung ein. Erneutes Anlegen, und da es nach längeren Liegen bei Lockerung wieder blutet, Austastung.
Es werden aus dem Cavum Blutcoagula und einige Gewebsreste entfernt. Darnach steht die Blutung und Uterus kontrahiert sich. Sanguis 2210 gr.
Histolog.: In den Blutgerinnsel eingeschlossen spärliche Fetzen von Decidua, in leicht entzündetem Zustand, nichts von Placentarzotten.
Wochenbett: Patientin übersteht den Eingriff gut. Kein Fieber, verläßt am 9. Tage p. p. die Klinik.

Fall 86. Geb.-Nr. 740. 1929.
42jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta auf Druck von oben. Sehr zerfetzt, nicht sicher vollständig. Da es blutet, Uterus schlecht kontrahiert, Austastung. Es wurden neben Blutcoagula, Eihautresten noch ein walnußgroßes, flaches Gewebestück entfernt. Darnach steht die Blutung und Uterus kontrahiert sich gut. Sanquis 850 gr.
Histolog.: Stücke von Placenta mit anhängender Decidua.
Wochenbett störungsfrei. Am 11. Wochenbettstag wird ein etwa kleinfaustgroßer Tumor beim Stuhlpressen aus der Vulva herausgepreßt, der später abgetragen wird. Verläßt am 22. Tag p. p. die Klinik.

Fall 87. Geb.-Nr. 744. 1929.
32jährige III-para. Li. Beckenendlage. Vorfall des linken Armes. Blasensprengung. Spontangeburt des Rumpfes und Steißes. Kopf nach Veit Smellie.
Blutung bei liegender Placenta. Placenta durch Credé in Narkose zu exprimieren mißlingt. Manuelle Lösung. Die Lösung der vollkommen adhaerenten Placenta ist sehr schwierig. Es handelt sich um eine Placenta aereta. Erst nach 2maligem Eingehen wird Placenta gelöst. Nachtasten. Wegen retentio cotylodonis plac. Erst jetzt ist das Cavum frei. Blutung steht. Nach Kochsalz-Adrenalineinlauf erholt sich Patientin langsam. Blutung steht.
Im Wochenbett: keine Störungen; nach 16 Tagen nachhause.

Fall 88. Geb.-Nr. 783. 1929.
27jährige II-para. Linke vollkommene Steißlage. Straßburger Zange am Steiß. Episiotomie. Manuelle Extraktion am Beckenende. Uterus bicornis unicollis.

Placenta wird mit viel Blut ausgestoßen. Nicht sicher vollständig. Austastung. Hierbei gelangt man rechts und links in ein beiderseits dick wandiges Uterushorn. Es kann nicht festgestellt werden, welches schwanger war. Beide leer.
Wochenbett: störungsfrei 9 Tage.

Fall 89. Sept. Abt. Jahres-Nr. 49. 1929.
37jährige II-para.
Am 21. 2. 1929 draußen spontan entbunden. Dabei von der Hebamme innerlich untersucht. Wegen Retentio-Placentae, machte der Arzt Credé in Narkose. Placenta anscheinend vollständig.
Am 7. Tag p. p. leichte Blutung und Fieber. Schüttelfrost von 40 Minuten. Am 10. Tage p. p. starke Blutung. Jetzt Einweisung in die Klinik.
Befund: Uterus fast kleinkindskopfgroß, der Cervicalkanal für 2 Finger durchgängig. An der vorderen Uteruswand sitzt ein ganseigroßer Placentarest, der stumpf mit dem Finger abgeschält wird. Da noch Placentarreste an der Uteruswand haften ganz vorsichtige stumpfe Cürettage. Die entfernten Placentarreste sind faulig zerfetzt und übelriechend. Uterus ist äußerst schlaff und läßt sich nicht zur Kontraktion anregen. ½ Stunde nach der Ausräumung Schüttelfrost von 14 Minuten, 550 cm Blut werden transfundiert.
Hb. am 3. Tag nach dem Eingriff 38%. Am 4. Tag nochmaliger Schüttelfrost. Temperatur 39;8°, Puls 124. Auch am folgenden Morgen erneuter Schüttelfrost. Temperatur 41,5°, Puls sehr schlecht. Herzmittel.
Ab 5. Tag fällt die Temperatur langsam ab und kommt am 8. Tag zur Norm. Allgemeinbefinden bessert sich. Unter Herzmittel erholt sich der Puls zusehends. Entlassung am 26. Tag nach dem Eingriff.
Histolog.: Placentarpolyp mit wallnußgroßem Placentarrest und aufsitzende Blut- und Fibringerinnsel.

Fall 90. Geb.-Nr. 142. 1930.
35jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Sicher unvollständig. Austastung. Es wird ein wallnußgroßes Gewebestück entfernt.
Histolog.: Ein dickes Stück Decidua. Nichts von Placentargewebe.
Wochenbett: störungsfrei, 9 Tage.

Fall 91. Geb.-Nr. 150. 1930.
42jährige V-para. Wendung und Extraktion.
Da es stark blutet, Placenta durch starken Druck exprimiert. Sie ist stark zerfetzt und sicher unvollständig. Austastung. Es werden Gewebereste entfernt, die sich makroskopisch als Placentargewebe erweisen.
Wochenbett: Am 1. Tag 39,3° Fieber, dann stets normale Temperaturen. Verläßt nach 10 Tagen die Klinik.

Fall 92. Geb.-Nr. 167. 1930.
26jährige V-para. Frühgeburt mens VII.
Steißlage. Tiefer Sitz der Placenta. Kolbenmetreurynter. Spontangeburt.
Placenta auf Druck, stark zerfetzt. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es wird ein großes Gewebestück entfernt, das wahrscheinlich Decidua darstellt.
Wochenbett: ohne Störung, 10 Tage.

Fall 93. Geb.-Nr. 216. 1930.
35jährige III-para. Spontangeburt.
Placenta durch Credé exprimiert. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es wird ein Eihautrest entfernt. Wochenbett: störungsfrei, 8 Tage.

Fall 94. Geb.-Nr. 265. 1930.
33jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta folgt auf starken Druck von oben.
Sie zeigt eine Nebenplacenta und an deren Rand einen Defekt.
Austastung. Es wird ein fingergroßes Placentarstück aus der rechten Tubenecke entfernt, makroskopisch als solches erkannt. Wochenbett: störungsfrei, 10 Tage.

Fall 95. Geb.-Nr. 329. 1930.
39jährige I-para. L. einfache Steißlage. Manualhilfe.
Placenta durch Credé geboren. Es blutet. Placenta sicher unvollständig. Austastung. Es wird reichlich Placentargewebe digital entfernt.
Wochenbett: störungsfrei, 10 Tage dauernd.

Fall 96. Geb.-Nr. 358. 1930.
20jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta auf starken Druck, nicht sicher vollständig. Austastung. Man findet Uterus leer. Im Anfang des Wochenbettes 1 -6 Tage leich subfebrile Temperaturen. Am 7. Tag Frösteln. Temperatur 39,2°, Puls 160. 8. und 9. Wochenbettstag Schüttelfröste. Temperatur bis 40,2°. Zustand sehr ernst. Man gibt Cardiaca, Detoxin und Eisblase. Ab 12. Tag p. p. Temperaturabfall. Schnelle Besserung. Verläßt am 25. Tag p. p. die Klinik.

Fall 97. Geb.-Nr. 429. 1930.
27jährige II-para. Spontangeburt.
Tiefer Sitz der Placenta. Blutung bei liegender Placenta. Credé. Placenta nicht sicher vollständig. Da es weiter blutet, Austastung. Es finden sich nur Eihäute.
Im Wochenbett während der ersten 4 Tage subfebril. Klinikaufenthalt 9 Tage.

Fall 98. Geb.-Nr. 593. 1930.
35jährige IV-para. Spontangeburt.
Placenta durch Credé geboren. Nicht sicher vollständig. Es wird ausgetastet und nur Blutcoagula gefunden. Gynergen und Eisblase, Uterus gut kontrahiert. Blutung steht. Histolog.: Blutgerinnsel. Nichts von Zotten.
Wochenbett: Während der ersten 4 Tage subfebril, dann normale Temperatur. Klinikaufenthalt 9 Tage.

Fall 99. Geb.-Nr. 598. 1930.
40jährige VI-para. Gemini. I spontan. II Extraktion.
Unmittelbar post partum starke Blutung. Aortenkomp. Da Placenta nicht kommt, Credé in Narkose mißlingt, darum manuelle Lösung der adhaerenten Placenta.
Placenta stark zerfetzt. Nicht sicher vollständig. Austastung, es werden die zurückgebliebenen Placentareste entfernt. Sanguis 1750. Tropfeinlauf.
Wochenbett: Während der ersten 3 Tage Temperaturerhöhung bis 39°, dann ab 4. Tag normale Werte. Verläßt nach 12 Tagen die Klinik.

Fall 100. Geb.-Nr. 689. 1930.
27jährige II-para. Außerhalb spontan entbunden.
Bei Geburt starker Blutverlust. Offenbar Credé durch die Hebamme.
Wird 10 Tage p. p. wegen starker Blutung eingeliefert.
Befund: Stark anämische Frau mit relativ gutem Puls. Uterus vollgeblutet. Wegen Verdacht auf retentio cotyledonis placentae wird ausgetastet. Vorziehen der Portio bis zum Introitus. Im Cavum Blutcoagula und Gewebsstücke, die an der Uteruswand anhaften und digital gelöst werden. Nachtasten mit stumpfer Cürette.
Blutung steht, Tropfeinlauf. Gynergen, Cardiazol.

Histolog.: Teile der Schleimhaut mit Resten unvollkommen zurückgebildeter Decidua. Blutcoagula. Alles in mäßigem Grade entzündlich infiltriert.
Patientin übersteht den Eingriff relativ gut. Während 14 Tage subfebrile Temperatur mit 4 Zacken bis 38.4°. Ab 14. Tag nach dem Eingriff normale Temperaturen. Verläßt am 20. Tage die Klinik.

Fall 101. Geb.-Nr. 696. 1930.
32jährige V-para. Perforation und Kranicklasie.
Placenta folgt auf leichten Druck. Nicht sicher vollständig. Da es blutet, Austastung: Es wird Portio herabgezogen und manuell Gewebsfetzen und Blutcoagula entfernt. Daraufhin steht die Blutung und Uterus kontrahiert sich gut.
Histolog.: Große Decidualamellen mit Blutgerinnsel bedeckt, leicht entzündlich infiltriert. Nichts von Zotten.
Wochenbett: nur 2—4 Tage subfebrile Temperaturen. 12 Tage in der Klinik.

Fall 102. Geb.-Nr. 766. 1930.
21jährige I-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta. Diese folgt auf leichten Druck. Nicht sicher vollständig. Es blutet weiter, auch nach dem das Aortenkomp. angelegt ist. 1.0 Pituitrin, Sanguis bis jetzt 1600 gr. Es wird nun der Uterus ausgetastet, der jedoch leer ist. Massage auf der eingeführten Hand. Uterus kontrahiert sich zwar vorübergehend, wird jedoch wieder schlaff und es blutet weiter 600 gr.
Nun Uterus-Scheidentamponade und zweimal 400 ccm Na Ce-Infusion. Rotweintropfeinlauf. 1 ccm Gynergen. Cardiazol. Hochstellen des Bettendes. Beim Entfernen der Tamponade ist diese leicht durchblutet. Nochmalige Uterustamponade.
Sanguis 2200 gr.
Wochenbett: In der Nacht ist Patientin sehr unruhig. Puls 130. Zeitweise nicht zu fühlen. Einmaliges Erbrechen. Extremitäten fühlen sich kalt an. Später wird Patientin ruhiger. Extremitäten werden wieder wärmer. Am 4. Tag kann Patientin aufstehen. Temperaturen leicht subfebril. Ab 13. Tag normale Temperaturen. Bluttransfusion 500 ccm.
Patientin erholt sich jetzt zusehends und verläßt am 20. Tag die Klinik.

Fall 103. Geb.-Nr. 8. 1931.
19jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta durch leichten Druck, anscheinend vollständig. Es blutet leicht. Gynergen und Eisblase. Blutung steht.
Wochenbett. Am 1. Tag p. p. morgens Temperatur von 39,2° und Puls 120. Dann wieder normale Temperaturen. Am 7. Tag erneuter Temperaturanstieg und Husten, vielleicht beginnende Bronchopneumonie. Codein, Bronchitiskessel. Am folgenden Tag wieder normale Temperatur.
Am 13. und 14. Tag Spontanabgang von Blutcoagula. Ab 15. Tag p. p. dauernde mäßige Blutung, die sich im Laufe der nächsten Tage noch verstärkt, Uterus noch stark vergrößert. Fundus in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Cervicalkanal geöffnet, für Finger durchgängig. Starke Anämie. Hb. 43%. Bronchitis und Fieber.
Am 16. Tage p. p. Austastung. Muttermund geöffnet. Dilatation bis Hegar 25. Der austastende Finger fühlt in der rechten Fundusecke etwas Gewebe, das sich nicht lösen läßt. Vorsichtige Cürettage fördert mehrere auf Placentargewebe verdächtige Stücke. Starke Blutung. Gynergen. Jod-Tamponade in Uterus und Vagina für 12 Stunden. Histolog.: Stücke von Placenta im Zustand der Nekrose.
In den folgenden 3 Tagen Temperaturerhöhung bis 38,8°. Ab 20. Tag p. p. kein Fieber mehr. Verläßt am 31. Tag p. p. die Klinik bei gutem Allgemeinbefinden.

Fall 104. Geb.-Nr. 32. 1931.

21jährige I-para. Perforation, Anhacken und Belastung.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden einige Gewebestücke, Eihautreste und Blutcoagula entfernt. Blutung steht.
Histolog.: Blutgerinnsel und einige Deciduastücke; entzündlich infiltriert.
Wochenbett: völlig störungsfrei. 9 Tage.

Fall 105. Geb.-Nr. 56. 1931.

24jährige II-para. Spontangeburt.
Tiefer Sitz der Placenta. Blutung bei liegender Placenta 600 gr. Placenta wird durch Credé exprimiert. 1 ccm Gynergen. Uterus schlaff. Es blutet weiter. Da Placenta nicht sicher vollständig, wird ausgetastet. Es finden sich an der Uterusvorderwand festsitzende Gewebsstücke, die gelöst werden. Da es beim Eingriff stärker blutet, Uterus-Scheidentamponade. Sanguis 1700 gr.
Beim Entfernen der Tamponade nach 6 Stunden blutet es nicht mehr. Tamponade nur leicht angeblutet.
Histolog.: Große Deciduafetzen. Nichts von Placentarzotten.
Wochenbett: ungestört, 11 Tage.

Fall 106. Geb.-Nr. 118. 1931.

18jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta auf leichten Druck. Sicher nicht vollständig. Austastung. Es wird ein an der Uteruswand festhaftender Placentarrest entfernt.
Histolog.: Placentargewebe mit aufsitzender Decidua.
Wochenbett: Am 2. Tag Temperaturanstieg auf 39^0. Zunge feucht. Abdomen weich. Auch am folgenden Tag Temperaturen bis $39{,}2^0$. Blutung aus dem Cervicalkanal. Täglich 20 ccm Detoxin. Muttermund stark zerfetzt, klaffend. Fundus 3 Querfinger oberhalb der Symphyse. Innerer Muttermund für 1 Finger durchgängig. Endometritis. Adnexen, Ovar und Parametrien o., B. Am 7. Tag p. p. Temperatur abends $38{,}2^0$. Ab 10. Tag völlig normale Temperaturen. Nun täglich Gravitol. Ab 14. Tag p. p. sistiert die Blutung. Wohlbefinden. Patientin steht auf. Verläßt am 19. Tag p. p. die Klinik.

Fall 107. Geb.-Nr. 158. 1931.

32jährige I-para. Gemini. Frühgeburt mens VIII. Spontangeburt.
Placenta von selbst, sicher vollständig.
Wochenbett: störungsfrei. Keine Blutung, kein Fieber, verläßt 8 Tage p. p. die Klinik. Am 17. Tage p. p. kommt Patientin wegen auftretender Blutung wieder.
Befund: Uterus gut mannfaustgroß. Cervicalkanal geschlossen. Links vom Uterus hühnereigroßer Tumor, der entweder Ovariatumor oder ein subseröses Myom ist.
Abrasio. Es wird reichlich Gewebsmaterial aus dem Uterus herausgeholt.
Histolog.: Placentarzotten, Schleimhautstücke. Patientin übersteht den Eingriff gut und verläßt nach 7 Tagen die Klinik. Niemals Fieber.

Fall 108. Geb.-Nr. 172. 1931.

21jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta auf leichten Druck. Sicher nicht vollständig. Austastung. Es werden einige Gewebe- und Eihautreste entfernt.
Histolog.: Große Deciduallamellen, stellenweise entzündlich infiltriert. Nichts von Placentarzotten. Wochenbett: störungsfrei, 8 Tage.

Fall 109. Geb.-Nr. 204. 1931.
28jährige II-para. Querlage — äußere Wendung — Spontangeburt.
Placenta kommt auf starkem Druck von oben 2 Stunden p. p. mit 800 gr Blut. Stark zerfetzt, nicht sicher vollständig. Austastung. Es handelt sich um einen Uterus subseptus. Placentarstelle im linken Uterushorn. Dort sitzen Blutcoagula und einige Gewebsfetzen. Anscheinend kein Placentargewebe, die entfernt werden.
Histolog.: Große Deciduafetzen, nur an ganz vereinzelten Stellen mit Chorionepithelien; stellenweise entzündlich infiltriert.
Wochenbett: in den ersten Tagen subfebril. Verläßt am 9. Tag die Klinik.

Fall 110. Geb.-Nr. 327. 1931.
34jährige I-para. Spontangeburt (Nephropathia gravidarum).
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Austastung. Man findet Gewebereste und Blutcoagula, die entfernt werden.
Histolog.: Placentargewebe mit reichlich Blutgerinnsel.
Wochenbett: störungsfrei; verläßt nach 11 Tagen die Klinik.

Fall 111. Geb.-Nr. 333. 1931.
31jährige III-para. L. Steißlage. Spontangeburt.
Placenta durch Druck geboren. Nicht sicher vollständig. Austastung. Im Cavum einige Gewebestücke, die entfernt werden.
Histolog.: Ausgedehnte Decidualamellen mit Nekrosen.
Wochenbett: störungsfrei, 9 Tage.

Fall 112. Geb.-Nr. 363. 1931.
32jährige XI-para. Spontangeburt. (Schon zweimal manuelle Placentarlösung).
Blutung bei liegender Placenta. 500 gr Aortenkomp. Nach Lockerung desselben blutet es weitere 500 gr. Nun Credé in Narkose. Placenta kommt, ist stark zerfetzt. Vollständigkeit nicht zu erheben. Da es blutet, Austastung. Es finden sich an der Uterusvorderwand flache festhaftende Gewebsreste, die gelöst und entfernt werden. Gynergen, Sanguis 800 gr.
Histolog.: Placentargewebe mit überziehender Decidua.
Wochenbett: 4 Tage subfebrile Temperaturen, dann immer normale Temperaturen. Am 9. Tag p. p. nach Hause.

Fall 113. Geb.-Nr. 379i 1931.
34jährige VI-para. Spontangeburt.
Placenta wurde jedesmal durch Credé geboren. Blutung bei liegender Placenta. Neigung des Uterus zu erschlaffen. 1 ccm Pituigan forte. i. m. Aortenkomp. Da es weiter blutet. Credé ohne Narkose ohne Erfolg, dann Credé in Narkose, Placenta folgt; nicht sicher vollständig. Austastung. Es wird ein in der linken Tubenecke haftender Cotyledo entfernt. Nach dem Eingriff starke Blutung 800 gr., die erst auf Pituigan forte i. V. steht. Sanguis 1950 gr.
Wochenbett: 3 Tage subfebrile Temperaturen. Dann stets normal.
Verläßt am 10. Tag p. p. die Klinik.

Fall 114. Geb.-Nr. 462. 1931.
26jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Nicht sicher vollständig. Austastung.
Es finden sich in der rechten Tubenecke einige kleine Gewebereste, die entfernt werden. Uterus kontrahiert sich gut. Blutung steht.
Histolog.: Blutgerinnsel mit eingeschlossenen Deciduastückchen und Placentarzotten.

Wochenbett: 1. und 2. Tag Temperaturen 38°. Dann wieder normal.
Verläßt am 9. Tage die Klinik.

Fall 115. Geb.-Nr. 485. 1931.
27jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta auf leichten Druck. Nicht sicher vollständig. Austastung. Im Cavum Blutcoagula, die entfernt werden.
Histolog.: fast nur Blut. In den wenigen andern Teilen scheint Decidua vorzuliegen; doch ist die Diagnose nicht sicher auszumachen, da diese Teile völlig nekrotisch.
Wochenbett: störungsfrei, 8 Tage dauernd.

Fall 116. Geb.-Nr. 486. 1931.
33jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta durch Credé. Sicher nicht vollständig. Es blutet. Austastung. Im unteren Uterinsegment zahlreiche Placentarreste, die entfent werden. Blutung steht und Uterus kontrahiert sich gut.
Wochenbett: 11 Tage, 4 Tage subfebrile Temperaturen.

Fall 117. Geb.-Nr. 588. 1931.
30jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta durch Credé. Stark zerfetzt. Sicher nicht vollständig. Es blutet. Austastung. In der linken Tubenecke festhaftendes Gewebe wird entfernt. Blutung steht.
Histolog.: Placentargewebe und Deciduareste.
Wochenbett: 8 Tage, störungsfrei.

Fall 118. Geb.-Nr. 601. 1931.
35jährige V-para. Gemini. Placenta praevia. Kopfschwartenzange an beiden Kindern. Beide Placenten durch Credé. Stark zerfetzt. Sicher nicht vollständig. Es blutet weiter. Austastung. Es werden 2 etwa kleinhandtellergroße Placentarstücke entfernt. Gynergen. Blutung steht. Kochsalzinfusion mit Supravenin. 1.0. (1000 gr.) Sanguis 1650 gr. Histolog.: Teile von Placenta und Decidua.
Wochenbett: Starke Anämie (33% Hb.) mit frequentem dünnen Puls. Am 2. Tag Bluttransfusion. Patientin erholt sich dann recht schnell. Im übrigen störungsfreier Verlauf. Verläßt nach 16 Tagen die Klinik.

Fall 119. Geb.-Nr. 618. 1931.
19jährige I-para. Frühgeburt. Spontan.
Placenta kommt von selbst. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es wird reichlich Placentargewebe entfernt.
Wochenbett: 6 Tage. Störungsfrei.

Fall 120. Geb.-Nr. 640. 1931.
20jährige I-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta, die nach 18 Minuten spontan kommt. 1 ccm Gynergen. Es blutet weiter aus dem sehr schlaffen Uterus. Massage des Uterus ohne Erfolg. Bei 800 gr. Sanguis, Anlegen des Aortenkomp. Uterus bleibt weich und blutet weiter. Da Placenta nicht sicher vollständig, Austastung. Es werden einige kleine Gewebsreste entfernt. Während der Nachtastung kontrahiert sich der Uterus sehr gut und Blutung läßt nach. 1,0 Orasthin i. V. Kräftige Kontraktion des Uterus. Blutung steht. Sanguis 1300 gr.
Histolog.: Blutgerinnsel mit eingeschlossenen Deciduaresten. Keine Zotten.
Wochenbett: Bis 8. Tag leicht wechselnde Temperatur. Hb. am 3. Tag 45%, am 9. Tag 90%. Verläßt am 12. Tag die Klinik.

Fall 121. Geb.-Nr. 691. 1931.
43jährige XII-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Sicher unvollständig. Austastung. Im Cavum findet sich ein kleinhandtellergroßes Gewebestück, das entfernt wird und Placentargewebe darstellt, daneben Blutcoagula.
Wochenbett: störungsfrei. 7 Tage.

Fall 122. Geb.-Nr. 703. 1931.
33jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta auf leichten Druck, nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden einige kleine Gewebsreste entfernt.
Histolog.: Große Lamellen von Decidua. Wochenbett: 11 Tage, störungsfrei.

Fall 123. Geb.Nr. 704. 1931.
30jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Es blutet aus dem schlaffen Uterus. Austastung. Es werden Gewebsreste entfernt. Dann steht Blutung und Uterus kontrahiert sich gut.
Histolog.: In reichlich Blutgerinnsel eingehüllte Fetzen von Decidua.
Wochenbett: störungsfrei, 9 Tage.

Fall 124. Geb.-Nr. 710. 1931.
24jährige I-para. Frühgeburt bei Placenta praevia.
Wendung auf den Fuß. Febris sub partu.
Placenta auf starken Druck. Sie ist stark zerfetzt und nicht sicher vollständig. Austastung. Uterus ist leer.
Wochenbett: 1. und 2. Tag 39,2°. Ab 4. Tag normale Temperatur. Verläßt am 10. Tag die Klinik.

Fall 125. Geb.-Nr. 722. 1931.
19jährige II-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta. Placenta auf leichten Druck. Nicht sicher vollständig. Da es weiter blutet. Austastung. Es werden Blutcoagula und einige Gewebsfetzen entfernt. Danach kontrahiert sich Uterus gut und Blutung steht.
Histolog.: Decidua mit geringer Entzündung, keine Zotten.
Wochenbett: störungsfrei, 9 Tage.

Fall 126. Geb.-Nr. 728. 1931.
31jährige II-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta 0,5 Thymophysin. Aortenkomp. Zur Wehenerregung 1,0 Pituitrin. Durch Credé in Narkose wird Placenta geboren. Sicher unvollständig. Es blutet dauernd fort. Austastung. Von der Uterusvorderwand wird ein etwa haselnußgroßer Geweberest gelöst. Uterus kontrahiert sich gut. Blutung steht.
Wochenbett: störungsfrei, 10 Tage.
Histolog.: Blut und Fibringerinnsel in mäßiger Entzündung. Außerdem ein Stück Placentargewebe mit Chorionzotten und Decidua.

Fall 127. Sept. Abt. Jahres-Nr. 231. 1931.
26jährige II-para.
Am 4. Juli 1931 draußen spontan entbunden. Wird mit ziemlich starker Blutung, die seit dem 14. Wochenbettstag besteht, eingeliefert. Außerdem seit heute, dem 15. Wochenbettstag Fieber. Befund: Uterus vergrößert, von weicher Konsistenz. Cervical-

kanal geöffnet, für 1 Finger durchgängig. Man fühlt in der rechten Tubenecke Rauhigkeiten. Vorsichtige Cürettage fördert einige Gewebsbröckel und Schleimhautfetzen zutage.
Histolog.: Die Gewebsstreifen sind durchweg Muskulatur, fast überall ohne Schleimhaut; an einzelnen Stellen bedeckt mit hyalinen Gewebe, offenbar Reste der Decidua basalis. Placentarzotten sind nicht nachweisbar.
Patientin hat nur am 1. Tag Temperaturen von 38,1°. In den folgenden Tagen ist Patientin völlig fieberfrei. Verläßt am 6. Tage die Klinik.

Fall 123. Sept. Abt. Jahres-Nr. 321. 1931.
29jährige V-para. Spontangeburt.
Kommt in schwer ausgebluteten Zustand am 21. Tag p. p. in die Klinik, nach Blutung seit dem 9. Wochenbettstage. Damals Tamponade durch den Arzt für 3 Tage. Dann nach Ziehen derselben wieder Blutung von 2 Tagen. 1 Tag Pause, von dann an Blutung bis heute. Keine Schüttelfröste, angeblich auch nie Fieber. Viel Ohnmachten.
Befund: Der Zustand der Patientin ist sehr bedrohlich. Hb. 14%; noch vorhandene starke Blutung. Der Uterus ist mannsfaustgroß, Cervicalkanal für Finger durchgängig. Austastung. Es wird digital ein größeres Placentarstück entfernt. Danach steht die Blutung.
Histolog.: Placentarrest mit Blutgerinnsel, stark entzündlich infiltriert.
Sofort nach dem Eingriff Bluttransfusion von 400 ccm. In den beiden folgenden Tagen Temperaturen bis 38,8 und 37,8°. Ab 4. Tag normal. Patientin erholt sich relativ rasch, sodaß bei der Entlassung am 35. Tag Hb. auf 48% gestiegen ist.

Fall 129. Geb.-Nr. 15. 1932.
32jährige VII-para. Placenta praevia totalis. Kopfschwartenzange.
Placenta durch Credé. Zerfetzt. Nicht sicher vollständig. Austastung (prophylaktisch). Uterus leer. Wochenbett: störungsfrei, 9 Tage.

Fall 130. Geb.-Nr. 23. 1932.
25jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Nicht sicher vollständig. Da es blutet. Austastung. Uterus leer. Wochenbett: Störungsfrei 9 Tage.

Fall 131. Geb.-Nr. 40. 1932.
29jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst mit 800 gr Blut. Da es weiter blutet und Placenta nicht sicher vollständig. Austastung. Uterus leer. Sanguis 950 gr.
Wochenbett: störungsfrei, 8 Tage.

Fall 132. Geb.-Nr. 104. 1932.
24jährige I-para. Spontangeburt. Plac. praevia lat.
Placenta durch Credé. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden einige Gewebsbröckel entfernt, welche sich als Placentarreste erweisen.
Wochenbett: störungsfrei, 8 Tage.

Fall 133. Geb.-Nr. 116. 1932.
26jährige II-para. Frühgeburt mens VIII. Spontan.
Placenta durch Credé exprimiert. Sicher unvollständig. Austastung. Es wird ein deutlich als Placentargewebe erkennbares Gewebstück herausgeholt.
Wochenbett: Am 2., 3. und 4. Tag Temperaturen bis 39,0°. Ab 5. Tag p. p. normal. Dauer 10 Tage.

Fall 134. Geb.-Nr. 121. 1932.
40jährige VII-para. Walcher'sche Hängelage. Impression des Kopfes nach Hofmeier. Forceps.
Placenta durch Credé. Da diese nicht sicher vollständig und es blutet, Austastung. Es werden aus der rechten Tubenecke einige Gewebsreste herausgeschält und entfernt, die sich als Placentarreste erweisen. Blutung steht.
Wochenbett: störungsfrei, 9 Tage.

Fall 135. Geb.-Nr. 213. 1932.
39jährige IX-para. Plac. praevia marg. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta. 3 V E. Orasthin. Da es weiter blutet, Aortenkomp. Mit Ausstoßung der Placenta entleert sich eine Menge Blut. Placenta nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden Gewebsreste und Blutcoagula entfernt. 1 ccm Gynergen. Uterus kontrahiert sich gut. Blutung sistiert.
Histolog.: Kleine Stücke unveränderter Placenta.
Wochenbett: störungsfrei, 8 Tage.

Fall 136. Geb.-Nr. 219. 1932.
24jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Nicht sicher vollständig. Nachtastung. Uterus leer.
Wochenbett: störungsfrei, 8 Tage.

Fall 137. Geb.-Nr. 237. 1932.
27jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher unvollständig. Austastung, da es zudem stärker blutet. Es werden kleinere Brockel entfernt, die sich als Placentarreste erweisen. Blutung steht.
Wochenbett: 1. Tag 38,0°, Temperaturen dann störungsfrei. 7 Tage.
Histolog.: Placentarteile.

Fall 138. Geb.-Nr. 240. 1932.
24jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher nicht vollständig. Austastung: es wird ein haselnußgroßer Cotyledo entfernt. Histolog.: Zotten ohne Veränderung.
Wochenbett: Geringe Nephropathie. Am 11. Tage beträchtliche Blutung. Subinvolutio uteri. Gynergen. Eisblase. Am 14. Tage nach fieberlosem Wochenbett heim.

Fall 139. Geb.-Nr. 276. 1932.
31jährige I-para. Links vollk. Steißlage. Enges Becken. Extraktion, Armlösung nach Müller, Veit-Smellie.
Placenta auf leichten Druck. Stark zerklüftet. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es wird ein Gewebestück gefunden und entfernt.
Histolog.: Nichts vom Placentargewebe, sondern nur Fetzen von Decidua, entzündlich infiltriert. Wochenbett: 8 Tage ohne Fieber.

Fall 140. Geb.-Nr. 362. 1932.
41jährige V-para. Spontangeburt.
6 V.E. Orasthin. Uterus kontrahiert sich mäßig. Es blutet ziemlich stark bei liegender Placenta. Aortenkomp. Nach Abnahme blutet es wieder, insgesamt bis jetzt 1000 gr. Credé ohne Narkose, der gelingt. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden Stücke von Placentargewebe entfernt. Uterus kontrahiert sich nun gut. Sanguis 1300 gr. T. Verband. Eisblase.
Histolog.: Placenta und Decidua.
Wochenbett: in den ersten 3 Tagen subfebril, dann störungsfrei. Verläßt am 10 Tage die Klinik. — Placenta wurde bei 3 Geburten manuell gelöst.

Fall 141. Geb.-Nr. 381. 1932.
42jährige VII-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta. Credé ohne Narkose ist ohne Erfolg. Credé in Narkose. Placenta folgt. Nicht sicher vollständig. Da es wieder blutet, wird ausgetastet. Es werden einige Gewebsbröckel entfernt.
Histolog. Befund: nicht erhoben. — Wochenbett: störungsfrei, 7 Tage.

Fall 142. Geb.-Nr. 383. 1932.
36jährige VIII-para. Forceps.
Blutung bei liegender Placenta. Credé. Placenta nicht sicher vollständig. Uterus weich, es blutet weiter. Austastung. Es werden Blutcoagula und Gewebereste entfernt. Danach kontrahiert sich Uterus gut und Blutung steht.
Gesamtblutverlust 1450 gr.
Histolog.: Nur Decidua und Blutgerinnsel. Erstere leicht entzündlich infiltriert.
Wochenbett: Vom 1. Tag an subfebril. Beschwerden beim Wasserlassen. Vom 5. bis 13. Tag Temperatur-Steigerungen bis 38,8°. Vom 14. Tage an Temperatur-Abfall. am 18. Tag p. p. Entlassung.

Fall 143. Geb.-Nr. 414. 1932.
26jährige III-para. Spontangeburt.
Placenta spontan, stark zerklüftet. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es wird ein Placentarstück entfernt.
Histolog.: Placentarrest mit geringfügiger entzündlicher Infiltration.
Wochenbett: 7 Tage störungsfrei.

Fall 144. Geb.-Nr. 419. 1932.
31jährige I-para. Spontangeburt. 6 Wochen a. term.
Blutung bei liegender Placenta. Credé ohne Narkose mißlingt, darum Credé in Narkose. Placenta folgt, ist stark zerklüftet und sicher nicht vollständig. Da es weiter blutet, wird Austastung vorgenommen. Es werden einige Gewebereste entfernt. Darauf kontrahiert sich der Uterus gut und Blutung steht. 1200 gr Sanguis.
Histolog.: Placentargewebe ohne entzündliche Infiltration.
Wochenbett: 9 Tage, völlig störungsfrei.

Fall 145. Geb.-Nr. 471. 1932.
32jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta durch Credé exprimiert. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es wird ein etwa 5-Markstückgroßes Placentarstück entfernt.
Histolog.: Zahlreiche Chorionzotten und Blutcoagula.
Wochenbett: 9 Tage, völlig störungsfrei.

Fall 146. Geb.-Nr. 527. 1932.
23jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan, nicht sicher vollständig. Nach ½ Stunden ist der Uterus vollgeblutet. Auf leichten Druck entleeren sich 250 gr Blutcoagula. Darauf kontrahiert sich Uterus gut. Nach einer weiteren ½ Stunde abermalige Nachblutung von 100 gr. Gynergen 1 ccm. Uterus bleibt weich. Nachtastung. Man findet einige Gewebefetzen, die entfernt werden. Uterus kontrahiert sich nun gut und dauernd. Blutung steht.
Histolog.: Kleine Trümmer von Decidua in Blutgerinnsel eingebettet. Keine Zotten.
Wochenbett: 7 Tage, störungsfrei.

Fall 147. Geb.-Nr. 558. 1932.
20jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher vollständig. Da Uterus weich und es blutet, wird 1 ccm Gynergen injiziert, Uterus kontrahiert sich nur vorübergehend. Deshalb 1,0 Gravitol und Eisblase.
Da es nach einiger Zeit wieder stark blutet, Austastung. Es finden sich nur Blutcoagula, die entfernt werden. Sanguis 530 gr. Uterus ist nun dauernd gut kontrahiert.
Wochenbett: 1. Tag 38,0°. Dann normale Temperaturen. Nach 10 Tagen nach Hause.

Fall 148. Geb.-Nr. 579. 1932.
22jährige I-para. Frühgeburt mens VII. Spontan.
Blutung bei liegender Placenta. Credé ohne Erfolg. Manuelle Lösung der adhaerenten Tubeneckenplacenta. Da sie stark zerfetzt und nicht sicher vollständig, wird nachgetastet. Uterus erweist sich als leer.
Wochenbett: 7 Tage völlig störungsfrei.

Fall 149. Geb.-Nr. 610. 1932.
13jährige I-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta (680 gr). Credé in Narkose ohne Erfolg. Darum manuelle Lösung. Sicher nicht vollständig. Austastung. Der fehlende Placentarrest liegt gelöst im Uteruscavum und wird entfernt. Sanguis 850 gr.
Wochenbett: 12 Tage, völlig störungsfrei.

Fall 150. Geb.-Nr. 651. 1932.
27jährige I-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta. Placenta spontan. Sicher unvollständig. Austastung. Es wird ein hühnereigroßer Placentarrest entfernt. Auf Massage und Uterustonika steht die Blutung und Uterus kontrahiert sich gut. Sanguis 960 gr.
Histolog.: Placentargewebe.
Wochenbett: Während der ganzen Wochenbettstage stets subfebrile Temperaturen, auch bei der Entlassung am 17. Tage. Verdacht auf spez. Prozeß in der Lunge.

Fall 151. Geb.-Nr. 8. 1932.
31jährige II-para.
Draußen spontan entbunden und wird am selben Tag wegen starker Blutung post partum in die Klinik eingeliefert. Scheidentamponade.
Befund: Relativ gut aussehende Patientin. Puls mittelkräftig. Fundus uteri maximal hochstehend, 3 Querfinger unter dem Rippenbogen. Es wird zunächst die Blase entleert. Auf leichtes Reiben zieht sich der Uterus hart zusammen.
Blutverlust in der Klinik nach Entfernung der Tamponade ca. auf 800 gr geschätzt. Einstellen des Muttermundes ergibt keinen Cervixriß. Austastung, es werden ganz geringe Gewebereste entfernt. Anschließend gute Uteruskontraktion. Eisblase. 5 ccm Euthagen i. V. T. Verband. Gesamtblutverlust: ca. 1000 gr.
Histolog.: Membranen aus Decidua bestehend, mit ganz geringer Entzündung.
Wochenbett: 10 Tage, völlig störungsfrei.

Fall 152. Geb.-Nr. 711. 1932.
26jährige I-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta. Credé. Placenta folgt. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden einige Gewebsreste entfernt. Sanguis 830 gr.
Histolog.: Ausgedehnte Decidualamellen, teils nekrotisch.
Wochenbett: 9 Tage. (Eiweiß im Harn, Nierenkost.)

Fall 153. Sept. Abt. Jahres-Nr. 154. 1932.
22jährige I-para. Am 13. 6. draußen Sturzgeburt.
Hebamme will ungefähr 2 Liter Blut aus dem Bett geschöpft haben. Sie preßte die Nachgeburt aus und glaubte dieselbe nicht vollständig und brachte sie einem Arzt, der jedoch keinen Defekt finden konnte. Am nächsten Tag hat Patientin einen stark beschleunigten Puls. Bei der vaginalen Untersuchung wird ein bis in das Scheidengewölbe reichender rechtsseitiger Cervixriß festgestellt. Uterus ist gut kontrahiert, Temperaturen 36,9°. In den folgenden Tagen erhöhte Temperaturen bis 39°, Frösteln, jedoch kein Schüttelfrost. Allgemeinbefinden gut, auch Appetitt. Am 5. Tag p. p. verspürt Patientin heftige Schmerzen im rechten Kniegelenk. Am 6. Wochenbettstag wegen Fortbestehens des Fiebers erneute Untersuchung. Im Speculum zeigt sich der Cervixriß mit gelblich schmierigen Belägen bedeckt, aus denen es während der Untersuchung heftig blutet. Dann in Narkose kurze Austastung des Uterus, der sich als leer und frei von Resten erweist; daran anschließend ausgiebige Ausspülung des Uterus. Patientin fühlt sich nach dem Eingriff recht wohl. Temperaturen 38°. Am folgenden Tag erneut hohes Fieber und Blutung, die beide auch während der nächsten Tage fortbestehen. Im rechten Kniegelenk stärkerer Erguß.
Am 9. Tag p. p. erfolgt Einlieferung in die Klinik zwecks Bluttransfusion.
Befund: Abdomen weich, gut eindrückbar. Keine Muskelabwehrspannung. Rechtes Knie stark schmerzhaft, prall gespannt und geschwollen. Facies hochgradig anämisch. Geringe vaginale Blutung. Hb. 15%. Es wird sofort eine Bluttransfusion von 250 gr gemacht. Danach zeigt Patientin stark beschleunigten Puls, reagiert nicht auf Anruf und macht unkoordinierte Bewegungen mit beiden Armen. Es findet sich zwischen den Beinen der Patientin ein gut hühnereigroßes Gewebestück, das spontan abgegangen. Histologisch erweist es sich als ein großes Stück stark verdickter Decidua. Der Allgemeinzustand besserte sich darauf, jedoch nur für kurze Zeit. Am 11. Tag p. p. wurde wegen starker Schmerzen am rechten Knie eine Kniegelenkspunktion mit anschließender Rivanolspülung durchgeführt. Es entleert sich eine trüb-seröse Flüssigkeit, in der hämolytische Streptococcen gefunden werden. Patientin erhält täglich Euthagen-Injektionen mit Strophantinzusatz. Temperaturen um 40°. Vom 12. Tage p. p. ab starke Durchfälle, die sich auch nach Opiumgaben nicht wesentlich bessern. Aus diesem Grunde sind Tropfeinläufe unmöglich. Am 15. Tag verschlimmert sich der Zustand zusehends. Es trat Atemnot mit Beklemmungsgefühl auf. Am 16. Tag tritt dann in einem Anfall von Atemnot der Tod ein.
Die Obduktion ergibt: Sämtliche Organe hochgradig anämisch. In den Lungen bronchopneumonische Herde. Herz schlaff und diladiert. Septischer Milztumor.
Uterus relativ gut zurückgebildet. Das Endometrium schmierig belegt. An der Placentarhaftstelle mehrere festsitzende erhabene Bröckel, makroskopisch besteht der Verdacht auf Retention von Placentarresten. Die Parametrien frei. Die Ovarien beiderseits groß und klein cystisch degeneriert.
Diagnose: Sepsis p. p. hochgradige Anämie. Metastase im Kniegelenk, rechts Bronchopneumonie.

Fall 154. Sept. Abt. Jahres-Nr. 295. 1932.
24jährige IV-para. Frühgeburt Mens VII.
Placenta nach einer Stunde spontan, angeblich vollständig. Nach der Geburt bis zur Klinikaufnahme am 4. Tag p. p. blutiger Ausfluß. Seit diesem Tag Fieber 39°
Befund: Die Untersuchung ergibt Uterus faustgroß, relativ weich. Cervicalkanal für 2 Finger durchgängig.
In den folgenden Tagen ständig mäßige Blutung. Uterus zeigt keine Tendenz zur Rückbildung, der Cervicalkanal immer noch für Finger durchgängig. Es besteht

Verdacht auf Placentarretention. Die geplante digitale Ausräumung konnte nicht ausgeführt werden, da Patientin am 4. Tag nach Klinikaufnahme heimlich die Klinik verließ. Therapie: Eisblase, Bettruhe.
Nach 6 Tagen Wiederaufnahme. Patientin hat seit Verlassen der Klinik dauernd geblutet. Heute sehr starke Blutung.
Befund: Uterus faustgroß, Cervicalkanal für 1 Finger durchgängig. Adnexen frei, kein Fieber. Ausrämung mit stumpfer Cürette, es wird reichlich Material zutage
Histolog.: Fetzen von Decidua z. T. nekrotisch, in Blutgerinnsel eingeschlossen. Placentarzotten nicht nachweisbar.
Patientin übersteht den Eingriff gut und bleibt fieberfrei, und verläßt nach 7 Tagen die Klinik.

Fall 155. Geb.-Nr. 22. 1933.
35jährige I-para. Forceps.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Da es heftig blutet und dieselbe nicht zu beheben, Austastung, wobei aus dem Uterus mehrere Bröckel entfernt werden. Danach steht die Blutung. Uterus ist hart.
Histolog.: Gefaltete dicke Decidua, keine Zotten.
Wochenbett: 1—2 Tage subfebril, sonst o. B. 11 Tage.

Fall 156. Geb.-Nr. 25. 1933.
40jährige IV-para. Placenta praevia. Kopfschwartenzange.
Placenta auf leichten Druck. Stark zerfetzt. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden kleine Gewebsbröckel entfernt. Sanguis 870.
Histolog.: Dicke Deciduastücke, zum Teil in abgestorbenem Zustand.
Wochenbett: Leichte Nephropathie. Fieber in den ersten 3 Tagen bis 38,2°. Ab 8. Tag völlig normal. Verläßt am 12. Tag die Klinik.

Fall 157. Geb.-Nr. 31. 1933.
20jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Nicht vollständig. Es blutet aus dem schlaffen Uterus. Austastung. Es werden Gewebsbröckel und einige Blutcoagula entfernt. Darauf steht die Blutung. Uterus gut kontrahiert. Sanguis 630 gr.
Histolog.: Dicke Decidua, größtenteils Decidua-basalis mit chorialen Epithelien. Kein Placentargewebe.
Wochenbett: Während der 3 ersten Tage subfebril. Steht am 2. Tag auf. Stinkende Lochien. Uterus in Nabelhöhle. Am 5. Tag p. p. 39,8°; kein Erbrechen; klagt über Leibschmerzen. Eisblase, Gynergen, Digipurat. Am 6. Tag p. p. 39,4° Abendtemperatur. Starkes Nasenbluten. Erbrechen. Patientin sehr unruhig. Am folgenden Tag Stechen in der rechten unteren Thoraxhälfte. Temperatur 40,2°, Puls 140, weich. Zunge trocken. Leib gespannt, schmerzempfindlich. Parametrien frei. Anscheinend Peritonitis. In den folgenden Tagen kommt es zu einer vor allem linksseitig lokalisierten Pneumonie, die dann doppelseitig wird. Am 14. Tag p. p. Temperatur 40,6°. Schüttelfrost. Blutig stinkende Lochien. Man gibt Dauerinfusion von Traubenzucker, Strophantin, Euthagen. Brustwickel. In den folgenden Tagen jedoch weitere Verschlechterung. Am 22. Tag p. p. Dyspnose; beginnende Cyanose.
Wird am 23. Tag p. p. auf eigene Verantwortung nach Hause verbracht. Dortselbst in der Frühe des 24. Tages Exitus letalis.

Fall 158. Geb.-Nr. 305. 1933.
43jährige I-para. Plac. praevia lat. Kristeller-Ritgen-Ohlshausen.
Lange Geburtsdauer. Blutung bei liegender Placenta. Credé ohne Narkose. Gabastou-

Credé in Narkose, alles ohne Erfolg. Manuelle Placentarlösung. Placenta nicht sicher vollständig. Nachtastung. Es werden zurückgebliebene Placentarreste entfernt. Sanguis 1620 gr.
Wochenbett: Während der ersten 3 Tage Temperaturen bis 38,6°, dann normal. Entlassung am 11. Tag.

Fall 159. Geb.-Nr. 328. 1933.
26jährige II-para. Plac. praevia lat. Kopfschwartenzange.
Blutung bei liegender Placenta. Credé, Placenta stark zerfetzt. Nicht sicher vollständig. Nachtastung. Es wird Gewebematerial entfernt. Sanguis 2005 gr.
Histolog.: Fetzen von Decidua.
Wochenbett: 4 Tage subfebrile Temperaturen, dann normal. Entlassung am 10. Tage.

Fall 160. Geb.-Nr. 332. 1933.
33jährige III-para. Forceps.
Blutung bei liegender Placenta. Credé, Placenta nicht vollständig. Nachtastung, wobei das fehlende Placentarstück entfernt wird. Uterus gut kontrahiert. Sanguis 900 gr.
Wochenbett: störungsfrei, 8 Tage.

Fall 161. Geb.-Nr. 347. 1933.
37jährige IV-para. Spontangeburt.
Placenta durch Credé. Stark zerfetzt. Außer Deciduadefekten vollständig. Uterus ist weich. Es blutet leicht nach. Man gibt Gynergen, Gravitol und Eisblase. Puls dünn, kaum fühlbar, Auf Cardiaca, später Rotwein-Einlauf, bessert sich der Zustand langsam. Sanguis 970.
Wochenbett: Gleich vom ersten Tag an Temperaturen bis 38°, am 4. Tag p. p. Ausstoßung eines größeren Blutcoagulas. Gynergengaben, keine weitere Blutung mehr. Uterus noch weich. Muttermund geöffnet, für fast zwei Finger durchgängig. Temperatur 38,6°. Austastung. Es wird bröckeliges Gewebe entfernt. Es blutet etwas, jedoch kommt diese auf Gynergen zum Stehen.
Histolog.: Durchwegs Placentargewebe mit ausgedehnten Nekrosen; Decidua ziemlich dick und hyalin.
Danach völlig normale Temperaturen. Verläßt am 17. Tag p. p. die Klinik.

Fall 162. Geb.-Nr. 405. 1933.
27jährige I-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta. Credé in Narkose ohne Erfolg. Manuelle Lösung. Da Placenta nicht sicher vollständig, Austastung. Uterus leer. Sanguis 880 gr.
Wochenbett: 7 Tage störungsfrei.

Fall 163. Geb.-Nr. 504. 1933.
39jährige II-para. Forceps.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Austastung. Uterus leer.
Wochenbett: 10 Tage, störungsfrei.

Fall 164. Geb.-Nr. X (214—215). 1933.
29jährige III-para. Frühgeburt. Spontan.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es wird reichlich Gewebe entfernt. Sanguis 730 gr.
Histolog.: Große Fetzen von Decidua.
Wochenbett: 7 Tage leicht subfebrile Temperaturen. Entlassung 15 Tage p. p.

Fall 165. Geb.-Nr. XV (287—288). 1933.

24jährige I-para. Außerhalb spontan entbunden.
Placenta durch Druck geboren. Wegen Unvollständigkeit Nachtastung. Ergebnis unbekannt. Wird vom Arzt mit der Diagnose doppelseitiger Cervixriß in die Klinik überwiesen. Diese sind jedoch nicht nachweisbar.
Wochenbett: 1 Tag $38{,}4^0$, dann fieberfrei. Entlassung nach 8 Tagen.

Fall 166. Sept. Abt. Jahres-Nr. 11. 1933.

34jährige I-para.
Am 3. 1. zuhause spontan entbunden. Placenta spontan, angeblich vollständig. Wird am 4. Tage p. p. wegen Fiebers ($38{,}0^0$) und sehr starker Blutung eingewiesen.
Befund: Uterus kleinkindskopfgroß, weich. Der Cervicalkanal für 2—3 Finger durchgängig. Adnexe und Parametrien beiderseits frei. Auf Gynergen, Gravitol, Eisblase steht Blutung nicht. Es muß trotz bestehenden Fiebers zur digitalen Austastung geschritten werden, um einen weiteren Blutverlust der schon ziemlich ausgebluteten Patientin zu vermeiden. Hb. 65%.
Bei der digitalen Austastung wird aus der rechten Tubenecke ein wallnußgroßes und mehrere kleine Gewebestücke entfernt. Danach sistiert die Blutung.
Histolog.: Derbe Blutgerinnsel mit Placentargewebe im Innern, stellenweise sind letztere entzündlich infiltriert.
Auf tägliche Gaben von Enthagen 5 ccm, Gynergen 3mal 15 Tr., Cardiaca, Eisblase und Bettruhe fällt die Temperatur lytisch ab, sodaß Patientin am 7. Tag nach dem Eingriff fieberfrei ist, bei relativ gutem Allgemeinbefinden.
Bei der Entlassung am 21. Tage ist kein pathologischer Befund mehr feststellbar. Hb. 67%. Allgemeinbefinden sehr gut.

Fall 167. Geb.-Nr. XVI. 1934.

19jährige I-para. Außerhalb entbunden. Forceps.
Da Placenta nicht von selbst kam, wurde sie manuell gelöst. Patientin wird nun im stark anämischen Zustand, mit Blutung eingeliefert. Da keine Sicherheit über die Vollständigkeit der Placenta besteht, wird nachgetastet und eine Hand voll Blutcoagula, anscheinend ohne Placentargewebe, entfernt. Blutung steht.
Wochenbett: störungsfrei, am 15. Tag p. p. Bluttransfusion. Entlassung am 26. Tag.

Fall 168. Geb.-Nr. 184. 1934.

26jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher vollständig.
Wochenbett: Leicht subfebrile Temperaturen. Geht am 6. Tag p. p. auf eigene Verantwortung.
Kommt am 14. Tage p. p. wieder wegen stechender Schmerzen in der rechten Brust. Mastitischer Abzeß, der sich spontan eröffnete. Nach 5 Tagen Mastitis fast völlig zurückgegangen, fieberfrei.
Seit dem 20. Tag p. p. schwache Blutung aus dem Genitale, die anhält. Uterus hart, mannsfaustgroß. Cervix für Finger durchgängig. Cürettage. Es werden einige festsitzende Gewebsbröckel entfernt. Orasthin 3 V.E. intrauterin, Euthagen.
Histolog.: Schleimhaut mit hyperplastischen Drüsen. In einem Muskelstück choreale Epithelien von der Placentarstelle.
Patientin übersteht den Eingriff gut, kein Fieber; es blutet aber noch leicht weiter. Bei der Entlassung am 4. Tag nach dem Eingriff ist Cervicalkanal noch für Finger durchgängig. Es entleert sich reichlich dünnes, altes Blut.

Fall 169. Geb.-Nr. 205. 1934.
24jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Sicher vollständig. Sanguis 160 gr.
Wochenbett: störungsfrei, 8 Tage.
Einen Monat nach dem Partus kommt Patientin wieder wegen bestehender Blutung, die einige Tage nach Verlassen der Klinik auftrat und noch andauere. Sonst keine Beschwerden.
Befund: Uterus weich, retroflektiert, etwas vergrößert. Läßt sich aufrichten. Hb. 55%.
Austastung. Zunächst Erweiterung bis Hegar X. Da digitale Ausräumung unmöglich, Nachtasten mit großer Cürette, Kontrolle mit kleiner scharfer Cürette. Es wird reichlich Material entfernt. Bei der Kontrolle mit kleiner scharfer Cürette kontrahiert sich Uterus fühlbar.
Histolog.: Dicke Myometriumstücke; keine Placentarreste oder Eihäute; nirgends Entzündung.
Patientin übersteht den Eingriff gut. Kein Fieber, Allgemeinbefinden sehr gut. Hb. 70%.

Fall 170. Geb.-Nr. 297. 1934.
29jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden einige Gewebsbröckel entfernt. Uterus kontrahiert sich gut.
Histolog.: Stücke von Decidua-basalis. Keine Zotten.
Wochenbett: 2—4 Tage subfebril. Entlassung am 10. Tag.

Fall 171. Geb.-Nr. 307. 1934.
31jährige II-para. Spontangeburt. Tiefer Sitz.
Blutung bei liegender Placenta. Placenta spontan. Es blutet weiter. Nicht vollständige Placenta. Austastung. Es wird ein Gewebestück entfernt, das makroskopisch sich als Placentarrest erweist. Blutung steht. Uterus kontrahiert sich gut.
Wochenbett: 8 Tage, störungsfrei.

Fall 172. Geb.-Nr. 312. 1934.
22jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Nicht vollständig. Nachtastung. Es wird ein Geweberest entfernt.
Histolog.: Deciduales Gewebe. Keine Zotten.
Wochenbett: 8 Tage. 2—4 Tage leicht subfebril.

Fall 173. Geb.-Nr. 343. 1934.
36jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Nicht vollständig. Austastung; es wird der fehlende Cotyledo entfernt. Wochenbett: 8 Tage, störungsfrei.

Fall 174. Geb.-Nr. 371. 1934.
42jährige VI-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta. Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Es blutet. Nachtastung. Entfernung des fehlenden Placentarstückes. Uterus wird fest und klein. Blutung steht.
Wochenbett: Die ersten 4 Tage Temperaturen um 38,0°, dann normal. Entlassung am 8. Tag.

Fall 175. Geb.-Nr. 502. 1934.
41jährige VI-para. Rechte unvollkommene Fußlage. Spontangeburt. Anencephalus.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden einige Gewebsbröckel von der Uteruswand gelöst und entfernt. Makroskopisch als Placentargewebe erkannt. Wochenbett: 8 Tage, 1. und 2. Tag subfebril.

Fall 176. Geb.-Nr. 565. 1934.

24jährige I-para. Spontangeburt.

Blutung bei liegender Placenta. Placenta durch starken Druck von oben exprimiert, mit ihr kommen 730 gr Sanguis. Da es weiter blutet und Placenta nicht sicher vollständig, Austastung. Uterus leer.

Es blutet nur noch wenig. Uterus kontrahiert sich schlecht. Sanguis 1720 gr.

Wochenbett: Während der 3 ersten Tage leicht subfebril. Am 8. Tag p. p. nach Hause.

Fall 177. Geb.-Nr. 722. 1934.

33jährige I-para. Spontangeburt.

Placenta spontan; sicher vollständig.

Wochenbett: Im Anfang subfebrile Temperaturen. Am 9. Tag im Anschluß an die Entlassungsuntersuchung bekommt Patientin anhaltende leichte Blutung. 1 ccm Gynergen. Am folgenden Tag nur geringe Blutung; am Abend setzt plötzlich eine starke Blutung ein, die auf 6 ccm Percalcit und 1 ccm Gynergen ganz langsam intravenös injziert sofort steht. Am 11. Tag wieder geringe Blutung. Die Untersuchung ergibt: Mm. geöffnet, Cervicalkanal geschlossen. Mit größter Wahrscheinlichkeit ist ein Placentarpolyp auszuschließen. Rechts vom Uterus breitere Resistenz tastbar, wahrscheinlich entzündlicher Adnextumor.

Therapie: Gynergen-peroral, Eisblase, Bettruhe. Am 14. Tag nach geringerer Blutung jetzt wieder verstärkt. Es wird der Versuch mit Ascorbinsäure gemacht. Ab 17. Tag p. p. täglich 4 ccm Cebion. Am 19. Tag keine Blutung. Am 21. Tag sehr starke Blutung mit Abgang von Klumpen. Temperaturen bis jetzt normal um 37^0. Die Untersuchung am 22. Tag p. p. ergibt Uterus schlecht zurückgebildet, innerer Muttermund eingängig. Verdacht auf Retentio cotyledonis.

Therapie: Austastung, Abrasio.

Dilatation bis Hegar 18. Der eingehende Finger fühlt im Fundus kleine Prominenz. Mit Abortzange werden ein ca. pflaumenkerngroßer und ein ca. kirschkerngroßer Placentarpolyp entfernt. Cürettage mit großer stumpfer Cürette. Uterus nun mit Sicherheit leer. Cavum wird ausgetupft. Große Scheidentamponade.

Histolog.: Neben nekrotischen Zotten noch einige erhaltene; viel Blutgerinnsel mit entzündlichem Infiltrat und Reste von Decidua, Placentarpolyp.

Nach dem Eingriff Temperaturanstieg auf $38{,}6^0$, die beiden folgenden Tage noch subfebril. Einen Tag nach Eingriff noch geringe Blutung, die dann steht. Verläßt 14 Tage nach dem Eingriff am 36. Tag post partum bei völligem Wohlbefinden die Klinik. Hb. 58%.

Fall 178. Geb.-Nr. 750. 1934.

35jährige II-para. Spontangeburt.

Blutung bei liegender Placenta. Placenta kommt von selbst. Nicht vollständig. Es blutet ziemlich stark weiter. Uterus weich, schlecht kontrahiert. Auf 3 V.E. Orasthin, Gynergen, Aortenkomp. kein Stillstand der Blutung. Patientin hat alle Anzeichen des beginnenden Kollaps. Blutung bis jetzt 1440 gr. Austastung. Es wird ein kleinhandtellergroßes Placentarstück gelöst und entfernt.

Darauf 3 V.E. Orasthin, i. v. Gynergen i. m. Uterus kontrahiert sich gut, Blutung steht. Gesamtblutverlust 1640 gr.

Wochenbett: Gutes Allgemeinbefinden. Voller regelmäßiger Puls; frische Gesichtsfarbe. Am 3. Tag p. p. Temperaturanstieg bis $38{,}6^0$. Vom 8.—11. Tag geringe subfebrile Temperaturen.

Patientin verläßt am 15. Tag p. p. bei gutem Allgemeinbefinden die Klinik.

Fall 179. Geb.-Nr. 764. 1934.
24jährige I-para. Spontangeburt. Febris sub. partu. Verwirrungszustände.
Placenta spontan. Placenta nicht mit Sicherheit vollständig.
Uterus weich, es blutet dauernd leicht. Austastung. Es werden Blutcoagula, Eihäute, aber nicht mit Sicherheit Placentargewebe entfernt. Daher nochmalige Austastung, die jedoch Uterus leer findet. Es besteht der dringende Verdacht, daß das fehlende Placentarstück bei der Ausräumung mit Sanguis verloren ging.
Histolog.: Zahlreiche Thromben. Ferner Decidua mit Endzündung. Hyalinstreifen. Sichere Zotten sind nicht zu finden.
Wochenbett: Während der 5 ersten Tage erhöhte Temperaturen. Schmerzen und Spanngefühl in beiden Mammae. Bis zum Ende dann normale Temperaturen. Am 12. Tag bei völligem Wohlbefinden heim.

Fall 180. Geb.-Nr. 780. 1934.
32jährige III-para. 2mal Zangenversuch.
Wendung auf den Fuß und Extraktion. Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Austastung. Außer Eihautfetzen ist Uterus leer.
Wochenbett: In den ersten 6 Tagen subfebril, bis 38,2°. Ab 7. Tag normale Temperatur. Am 12. Tag nach Hause.

Fall 181. Sept. Abt. Jahres-Nr. 137. 1934.
29jährige II-para.
Am 23. 5. außerhalb der Klinik spontan entbunden. Placenta wird vom Arzt manuell gelöst. Die nächsten 8 Tage Dauerblutung. Deswegen am 8. Tage p. p. Abrasio. Weiterhin leichte Dauerblutung. Seit 10. Tag p. p. Temperatursteigerung bis 38,5°; deswegen Überweisung in die Klinik. Subjektiv bestehen Schmerzen in der Mitte des Unterbauches. Nach zweitägigem Klinikaufenthalt keine Schmerzen mehr. Hb. 30%. Die Therapie war rein konservativ und bestand in Gaben von Gynergen, Luthagen und Auflegen einer Eisblase. In den nächsten Tagen Temperatur um 38,0°, vom 8. Tag an kein Fieber mehr, auch keine Blutung. Am 23. Tage p. p. tritt nach achttägiger Pause eine Blutung ein, die auch in den nächsten Tagen weiterbesteht. Es besteht Verdacht auf Retentio codyl. placentae.
Der Uterus ist vergrößert. Äußerer Muttermund für Fingerkuppe einlegbar. Innerer Muttermund geschlossen. 30 Tage p. p. Hb. 60%. Immer noch leichte Blutung. Am 34. Tage p. p. Dilatation bis Hegar 18,5. Eingehen mit einem Finger. In der rechten Tubenecke ist ein etwa pflaumengroßer Placentarrest tastbar. Ablösen mit dem Finger und Entfernung. Anschließend stumpfe Cürette. Austupfen mit Jod. Wegen des ziemlich starken Blutverlustes Scheidentamponade. Gynergen und Gravital. Danach gute Uteruskontraktion. Gegen Abend desselben Tages Temperaturanstieg auf 38,6°. Jedoch am folgenden Tag bereits wieder normale Temperaturen. Patientin verläßt am 6. Tage nach dem Eingriff bei gutem Allgemeinbefinden die Klinik.

Fall 182. Sept. Abt. Jahres-Nr. 337. 1934.
20jährige I-para.
Am 20. 11. außerhalb der Klinik spontan entbunden. Sehr starke Nachgeburtsblutung und Entfernung von Placentarresten. Danach trat Fieber auf. Am 4. Tag p. p. wurde eine Curettage vorgenommen und anschließend zwei lauwarme Uterusspülungen. Das Fieber bestand weiter und trat immer in Schüben auf, oft mit Schüttelfrösten verbunden. Seit dem 10. Tage p. p. etwa entstand ein großes Vulva-Ödem. Seit etwa 8 Tagen bestehen nun Schmerzen im linken Unterleib von besonderer Druckschmerzhaftigkeit, die auf Behandlung mit feuchtwarmen Umschlägen besser wurden.

Die Patientin wird am 25. Tage p. p. in desolatem Zustand in die Klinik eingeliefert. Abdomen weich. Uterus und Adnexen sowie Parametrien frei. Ödeme an beiden Beinen. Über allen Lungenteilen bronchitische R. G. Temperatur 40,0°, Puls 140 bis 150. Es wird dreistündige Cardilapal, Coffein und Digipurat gegeben. Abends 10 ccm Strophantose. Am folgenden Morgen wieder 10 ccm Strophantose. Keine Besserung des Zustandes. Abdomen jetzt aufgetrieben, tympanitischer Klopfschall. Zunahme des Vulva-Ödems und des Ödems an beiden Beinen. Es wird stündlich Cardilapal und Coffein gegeben. Temperatur 39,6°, Puls 148. Abends 10 ccm Strophantose. Am 3. Tag ist Patientin ständig benommen. Temperatur 39,2°, Puls 180. Dauernd zunehmender Verfall, sodaß am Mittag der Tod an Herzschwäche eintritt.

Obduktion ergibt: Keinerlei Anzeichen einer Peritonitis. Septische Milz, die leicht zerfließt. Leber trübe. Uterus ist gut zurückgebildet; im Cavum Insertionsstelle der Placenta zu erkennen, einige kleine nekrotische Stellen. Parametrien zart. Eitrige Endometritis. In den Venen gelblicher Eiter. In den übrigen Beckenvenen zahlreiche bis fingergliedlange Thromben.

Epikrise: Die Obduktion der Leiche ergibt die eindeutige Feststellung, daß eine eitrige Endometritis zu einer eitrigen Thrombophlebitis der Beckenvenen geführt hat. Diese teilweise eitrig eingeschmolzenen Thromben waren Ausgangsort für eine schwere Sepsis.

Fall 183. Sept. Abt. Jahres-Nr. 346. 1934.

33jährige IV-para.

Am 8. 12. außerhalb der Klinik spontan entbunden. Placenta spontan. Am 8. Tage p. p. setzen starke Blutungen ein, die bis heute, den 14. Tag p. p. anhielten und wegen derer Patientin jetzt in die Klinik eingeliefert wird. Befund: Patientin stark ausgeblutet. Hb. 30%. Uterus etwa mannfaustgroß, sehr weich, beweglich, Cervicalkanal geöffnet, gut für 2 Finger durchgängig. Wegen der starken Blutung sofortige Austastung. Es gelingt leicht einen kleinhandtellergroßen Placentarrest aus dem Cervixteil zu entfernen, während ein ebenso großer Teil in der rechten Tubenecke haftet, der nicht gelöst werden kann. Abdrehen derselben mit Winter'scher Abortzange gelingt leicht. Vorsichtiges Nachfahren mit großer stumpfer Cürette zeigt, daß das Uterusvacum leer. Blutung steht. Uterus kontrahiert sich gut. Eisblase, Gynergen, Euthagen.

Histolog.: Placentarreste. Rückgebildete, spindelzellige Decidua mit Entzündung. Hyalin und Chorionepithelien. Am folgenden Tag ist Patientin etwas benommen. Temperatur 39,2°. Tropfeinlauf, Digipurat, Gynergen, Euthagen und Eisblase. In den folgenden Tagen fällt die Temperatur ab und zeigt nur noch am 7. Tag nach dem Eingriff eine Zacke von 38,8°. Seitdem völlig fieberfrei. Patientin erholt sich gut. Bei der Entlassung am 21. Tag nach dem Eingriff ist an den Genitalien kein pathologischer Befund mehr nachweisbar. Hb. 65%.

Fall 184. Geb.-Nr. 10. 1935.

20jährige I-para. Frühgeburt Mens VII. spontan.

Placenta kommt auf leichten Druck. Nicht sicher vollständig. Da Uterus weich und es leicht blutet, Austastung. Es werden Eihautreste und Blutcoagula gefunden. Keine Placentarreste. Blutung steht und Uterus kontrahiert sich gut.

Wochenbett: Leicht subfebrile Temperatur. Patientin klagt über Schmerzen im Hüftgelenk. War bis jetzt wegen Coxitis in der Chirurgischen Klinik stationär. Am 5. Tag p. p. dorthin zurückverlegt.

Fall 185. Sep. Abt. 13. 1935.
21jährige I-para. Forceps.
Placenta spontan. Sicher nicht vollständig. Austastung. Außer einigen Eihautfetzen ist das Cavum leer.
Wochenbett: Das Wochenbett war getrübt durch einen infizierten schmierig belegten Dammriß; es waren während der ersten 6 Tage leicht subfebrile Temperaturen zu verzeichnen. Ab 7. Tag normale Temperatur und entlassen am 18. Tag p. p.

Fall 186. Geb.-Nr. 57. 1935.
42jährige IV-para. Spontangeburt.
Placenta spontan, nicht sicher vollständig. Nachtastung. Uterus leer.
Wochenbett: störungsfrei, 9 Tage.

Fall 187. Geb.-Nr. 99. 1935.
29jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden nur Blutcoagula gefunden und entfernt.
Wochenbett: störungsfrei, 9 Tage.

Fall 188. Geb.-Nr. 276. 1935.
29jährige I-para. Forceps.
Blutung vor dem Partus und bei liegender Placenta. Placenta folgt auf leichten Druck. Placenta nicht als sicher vollständig zu bezeichnen. Bis jetzt 850 gr Sanguis. Nachtastung. Im Uterus keine Placentarreste auffindbar; auch keine Ruptur. Aortenkomp. Trotz Uterustonika; Eisblase. Uterus schlaff, keine Kontraktionen. Blutverlust steigt auf 1300 gr. Puls wechselnd, klein, frequent. Patientin verfällt zusehends. Neuanlegen des Aortenkomp. Hochstellen des Bettendes. Eisblase. Dauermassage des Uterus. Infusion von 500 ccm Tutofusin mit Adrenalin, Coffein, Cardiazol, 3 V.E. Orasthin. Uterus zeigt keine Tendenz zur Dauerkontraktion.
Wochenbett: Anfangs febril; am 23. Tag p. p. grippöser Infekt. Nach 35 Tagen verläßt Patientin die Klinik.

Fall 189. Geb.-Nr. 108. 1935.
25jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst. Nicht vollständig. Uterus schlaff. Es wird ausgetastet und aus der rechten Tubenecke festhaftendes Gewebe und Blutcoagula entfernt. Danach gute Kontraktion. Makroskopisch Placentarreste.
Wochenbett: störungsfrei, 9 Tage.

Fall 190. Geb.-Nr. 134. 1935.
27jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta durch Credé; nicht sicher vollständig. Austastung. Uterus leer. In der Nachgeburtsperiode dauernd leichte Blutung. Sanguis 1100 gr.
Wochenbett: Während der ersten 14 Tage subfebril. Temperaturen bis 38,2°. Entlassung am 17. Tag.

Fall 191. Geb.-Nr. 192. 1935.
36jährige IV-para. Wendung, Extraktion.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Austastung. Cavum leer.
Wochenbett: störungsfrei, 7 Tage.

Fall 192. Geb.-Nr. 286. 1935.
25jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta kommt von selbst, stark zerklüftet und nicht sicher vollständig. Da es stärker blutet, Sanguis bis jetzt 500 gr und Uterus schlaff, wird ausgetastet. Es werden 2 etwa haselnußgroße Cotyledonen entfernt. Sanguis 1000 gr.
Wochenbett: völlig störungsfrei, 9 Tage.

Fall 193. Geb.-Nr. 320. 1935.
22jährige II-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Placenta nicht sicher vollständig. Es blutet leicht weiter. Sanguis 300 gr. Austastung. Es wird ein etwa markstückgroßes Gewebestück entfernt, das sicher Placentargewebe darstellt. Danach kontrahiert sich Uterus gut und Blutung steht. Sanguis 660 gr.
Histolog.: Erhaltene Decidua, einige Stücke atrophischer Chorionzotten.
Wochenbett: störungsfrei, 9 Tage.

Fall 194. Geb.-Nr. 328. 1935.
37jährige X-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta. Diese wird durch starken Druck von oben exprimiert. Placenta stark zerklüftet, nicht sicher vollständig. Da es stärker blutet, Nachtastung, wobei einige Gewebsstücke entfernt werden, die sich makroskopisch als Placentarreste erweisen. Da Uterus noch schlaff und es noch blutet, 10 V.E. Orasthin i. m. Uterusscheidentamponade. Sanguis 1600 gr.
Wochenbett: störungsfrei, 13 Tage.

Fall 195. Geb.-Nr. 349. 1935.
29jährige II-para. Gemini.
I. linke unvollkommene Steißlage-Extraktion. II. Impression nach Hofmeier, Kristeller. Placenta spontan, nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden einige Gewebsstücke entfernt.
Histolog.: Blutcoagula und Deciduareste.
Wochenbett: Am 1. Tag ein eklamptischer Anfall; die ersten 3 Tage subfebril, dann normale Temperaturen. Am 20. Tage gesund entlassen.

Fall 196. Geb.-Nr. 381. 1935.
32jährige IV-para. Rechte vollkommene Fußlage.
Blasensprengung. Extraktion, hintere Armlösung. Veit Smellie. Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Da es stark blutet, Austastung. Es werden einige Gewebsbröckel und Blutcoagula entfernt. Blutung steht.
Histolog.: Decidua mit Chorionzotten.
Wochenbett: störungsfrei, 8 Tage.

Fall 197. Geb.-Nr. 388. 1935.
34jährige III-para. Frühgeburt bei Steißlage.
Placenta praevia part. Spontangeburt. Blutung bei liegender Placenta. Nach 950 gr Sanguis Credé ohne Narkose ohne Erfolg. Nach 1300 gr Credé in Narkose. Placenta folgt, stark zerklüftet. Nicht sicher vollständig. Austastung. Es werden nur Blutcoagula gefunden und entfernt. Uterus ist dann hart; keine Nachblutung mehr.
Histolog.: Blutcoagula, teilweise etwas hyalinisiert. Keine Zotten.
Wochenbett: störungsfrei, 9 Tage.

Fall 198. Geb.-Nr. 431. 1935.
24jährige I-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta. Nach 35 Minuten Blutung im Strahl von 370 gr. Da Placenta noch nicht gelöst, 3 V.E. Orasthin, Credé ohne Narkose ist ohne Erfolg. Es wird nun die Placenta manuell gelöst. Es handelt sich um eine Placenta adhaerens. Da die stark zerfetzte Placenta nicht sicher vollständig ist, Nachtastung. Cavum uteri leer. Wochenbett: störungsfrei, 8 Tage.

Fall 200. Geb.-Nr. 446. 1935.
25jährige I-para. Spontangeburt.
Placenta von selbst, sicher nicht vollständig. Austastung. Es werden Blutcoagula und einige Gewebsreste entfernt.
Histolog.: Deciduareste, reichlich Blutgerinnsel; eigentliche Placentarreste nicht auffindbar. Wochenbett: völlig störungsfrei, 9 Tage.

Fall 201. Geb.-Nr. 451. 1935.
22jährige III-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Da es blutet, Austastung. Es werden Blutcoagula und kleinere Gewebsstücke entfernt. Danach steht die Blutung.
Histolog.: Fetzen von Decidua, Coagula. Totale Zotten oder größere Placentarreste nicht nachweisbar.
Wochenbett: störungsfrei, 10 Tage.

Fall 202. Geb.-Nr. 486. 1935.
26jährige I-para. Verschleppte Querlage. Dekapitation.
Blutung bei liegender Placenta. Da dieselbe auf Credé nicht folgt, manuelle Placentarlösung. Placenta nicht sicher vollständig. Nachtastung. Uterus leer.
Wochenbett: normal, ohne Störung, 8 Tage.

Fall 203. Geb.-Nr. 500. 1935.
44jährige XII-para. Steißlage.
Durch Druck von oben wurde Kind spontan geboren. Placenta spontan; stark zerklüftet. Sicher nicht vollständig. Austastung. Es werden mehrere kleine Gewebspartikel digital entfernt.
Histolog.: Decidua und Placentarreste.
Wochenbett: Wegen Nephropathia gravidarum 17 Tage; kein Fieber.

Fall 204. Geb.-Nr. 521. 1935.
33jährige III-para. Spontangeburt.
Blutung bei liegender Placenta. 400 gr. Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Es blutet leicht weiter. Austastung. Es werden Blutcoagula und Eihautreste entfernt. Sanguis 470 gr.
Histolog.: Blutgerinnsel und Eihautreste, kein Placentargewebe.
Wochenbett: störungsfrei, 10 Tage.

Fall 205. Geb.-Nr. 553. 1935.
36jährige III-para. Sectio caesarea.
Placenta spontan; stark zerklüftet. Nicht sicher vollständig. Nachtastung. Uterus leer.
Wochenbett: In den 6 ersten Tagen Temperaturen um 38^0, am 3. Tag $38{,}7^0$; pulmonal bedingt. Am 6. Tag Temperaturabfall zur Norm, Entlassung am 17. Tag p.p.

Fall 206. Geb.-Nr. 687. 1935.

40jährige VIII-para. Placenta praevia marg.
Wendung und Extraktion. Placenta nicht sicher vollständig. Da es ständig leicht blutet, Austastung. Es werden von der Uterusvorderwand Gewebebröckel entfernt. Uterus kontrahiert sich daraufhin gut und Blutung steht. Sanguis 820 gr.
Histolog.: Größtenteils Decidua und foetale Zotten, mit verklumpten Zottenepithelien, also Placentarreste.
Wochenbett: ohne Störung, 10 Tage.

Fall 207. Geb.-Nr. 705. 1935.

27jährige III-para. Wendung und Extraktion.
Placenta spontan; stark zerklüftet. Nicht sicher vollständig. Es blutet leicht aus dem schlaffen Uterus. Austastung. Es finden sich Blutcoagula, aber keine Placentarreste. Uterus kontrahiert sich gut. Sanguis 350 gr.
Wochenbett: normal, ohne Fieber 14 Tage.

Fall 208. Geb.-Nr. 767. 1935.

44jährige VII-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Mit ihr wird ein Foetus papyracicus, der in 4—5 Monaten abgestorben sein dürfte, ausgestoßen. Da dessen Placenta nicht spontan ausgestoßen, wird sie manuell gelöst und wegen Unvollständigkeit wird ausgetastet und mit stumpfer Cürette nachgefahren, wobei die fehlenden Placentarreste entfernt werden.
Wochenbett: störungsfrei, 9 Tage.

Fall 209. Geb.-Nr. 784. 1935.

44jährige VIII-para. Spontangeburt.
Placenta spontan. Nicht sicher vollständig. Es wird ausgetastet und das Cavum als leer befunden.
Wochenbett: störungsfrei, 8 Tage.

Fall 210. Sept. Abt. Jahres-Nr. 77. 1935.

35jährige II-para.
Patientin hat am 4. V. draußen entbunden. Es handelte sich um eine Querlage. Es wurde Wendung und Extraktion ausgeführt. Da starke Blutung manuelle Lösung der Placenta, die in Stücken herausgeholt wurde. Auch in den nächsten folgenden Tagen nach der Geburt blutete es stets leicht weiter. Am 7. Tag p. p. versuchte Patientin aufzustehen, darauf trat eine sehr starke Blutung auf. Am 9. Tag p. p. Abrasio. Fieber bestand nach Angabe der Patientin schon einige Tage vor der Ausschabung. Einweisung am 11. Tag p. p. mit der Diagnose: Sepsis post partum.
Befund: Schlecht zurückgebildeter Uterus, dessen Fundus gut 3 Querfinger über der Symphyse steht; er ist gut beweglich. Cervicalkanal durchgängig. Adnexen und Parametrien ohne Tastbefund. Leib weich, nirgends druckempfindlich. Temperatur 36,8°, Hb. 50%. Da es dauernd leicht weiter blutet, am 14. Tag digitale Ausräumung. Es werden zahlreiche Gewebsbröckel entfernt. Starke Blutung.
Histolog.: Nekrotische und teilweise eitrig infiltrierte Decidua mit foetalen Zotten.
1 Stunde nach dem Eingriff kollapiert die Patientin; cyanotisches Aussehen. Dyspnoe. Puls kaum fühlbar. 5 ccm Coramin i. m. 2 Amp. Cardiazol. Nach ca. ½ Stunde erholt sich Patientin wieder. Tropfeinlauf, Wärme. Temperatur 39,1°, Puls 140, Hb. 42%.

Schon am folgenden Tag wieder normale Temperatur 37,2°, Puls 100. Patientin fühlt sich wohl, nur noch etwas schwach. Patientin bleibt auch die folgenden Tage völlig fieberfrei. Verläßt am 17. Tag nach Klinikaufnahme bei gutem Allgemeinbefinden die Klinik. Hb. 50%.

Fall 211. Sept. Abt. Jahres-Nr. 113. 1935.

35jährige III-para.
Am 24. VII. draußen spontan entbunden. Placenta wurde durch Credé exprimiert. Am 8. Tag p. p. plötzlich Fieber. Kein Schüttelfrost. Seitdem stets Temperaturen um 38°, und Schmerzen im Leib und Kreuz. Bei der Aufnahme am 11. Tag p. p. Temperatur 38,4°, Puls 100.
Befund: Uterus in Streckstellung. Fundus 2 Querfinger oberhalb der Symphyse. Beide Parametrien besonders links sind breit und hart bis zur Beckenwand infiltriert. Uterus ist schlecht beweglich. In den folgenden Tagen einige hohe Temperaturzacken, die auf längere konservative Behandlung abklingen. Seit dem 23. Wochenbettstag leichte Sanguinatio. Vielleicht Menses (?). Am 29. Tag p. p. setzte dann plötzlich eine stärkere Blutung ein. Bei der Untersuchung wird der bis dahin geschlossene Muttermund offen befunden. Cervicalkanal ist für Finger durchgängig. Im Uteruscavum ist ein wallnußgroßer Placentarpolyp zu tasten, der sich mit der Abortzange entfernen läßt. Bei der manuellen Austastung findet man noch mehrere kleine bis Erbsengröße reichende Polypen, die ebenfalls mit der Abortzange entfernt werden. Es findet sich aber noch anderes zottiges, festhaftendes Gewebe, das sich digital nicht entfernen läßt; da es stark blutet, stumpfe Cürette. Es wird reichlich Material gewonnen. Bei nochmaliger Nachtastung keine Reste mehr zu fassen. Uterus nun mit Sicherheit leer. Gazestreifen, nach vorheriger gründlicher Jodierung.
Histolog.: Teilweise nekrotische und noch erhaltene Zotten mit verklumpten Epithelien. An einer Stelle Decidua. Das ganze ist reichlich entzündlich infiltriert. Am Abend nach dem Eingriff Schüttelfrost. Temperatur 39,2°. Puls 120. Patientin ist aber schon am nächsten Tag völlig fieberfrei, und blutet nicht mehr. Hb. 43%. Das Allgemeinbefinden bessert sich unter entsprechender Behandlung. Am 23. Tag nach dem Eingriff verläßt Patientin die Klinik. Uterus von normaler Größe und Konsistenz. Die Parametrien noch leicht verdickt. Hb. 50%.

Fall 212. Sept. Abt. Jahres-Nr. 156. 1935.

24jährige II-para.
Am 22. IV. draußen spontan entbunden. Seitdem Schmerzen im rechten Unterbauch mit zeitweiser geringer Blutung. Sie wird wegen Verdacht auf Placentarpolyp 1 Monat p. p. in die Klinik gebracht.
Befund: Uterus etwas vergrößert. Fundus 2 Querfinger oberhalb der Symphyse, derb beweglich. Hb. 68%. Am 3. Tag wird Abrasio gemacht. Dilatation bis Hegar 10. Mit scharfer Cürette wird viel bröckliges Gewebe entfernt.
Histlog.: Reste von Placenta, größtenteils nekrotisch und hyalinisiert. An einzelnen Stellen noch Decidua. Endometrium und Myometrium stark entzündlich infiltriert. Die Temperatur steigt nach dem Eingriff nur auf 37,6° und ist am folgenden Tag wieder normal. Patientin verläßt am 7. Tag nach dem Eingriff die Klinik bei gutem Allgemeinbefinden.

Fall 213. Sept. Abt. Jahres-Nr. 163.

25jährige II-para. Am 14. XI. Zwillingsgeburt.
I. spontan. II. Wendung wegen Armvorfalls und Extraktion. Placenta stark zerklüftet. In den ersten Tagen p. p. gehen kleine Klumpen geronnenes Blut ab. Am

14. Tag p. p. beträchtliche Blutung von 500 gr. Am 16. Tag abermalige starke Blutung und sofortige Einweisung in die Klinik. Patientin hat seit 14. Wochenbettstag leichte Temperatursteigerung. Der Arzt verordnete damals Tropfen gegen die Blutung.

Befund: Uterus vergrößert. Fundus steht 3—4 Querfinger über der Symphyse anteflecktiert, weich, gut beweglich, leicht druckempfindlich. Adnexen anscheinend frei. Da es stark blutet, sofortige Austastung. Der Cervicalkanal ist für 2 Finger durchgängig. Das Cavum ist angefüllt mit einer Gewebsmasse, die durch mehrere derbe Stränge mit der hinteren Uteruswand in Verbindung steht. Das Gewebe wird durch schabende Bewegung von der Uteruswand gelöst und entfernt; es ist etwa kleinhandtellergroß. Cavum noch etwas rauh und höckrig. Blutung steht.

Histolog.: Placentargewebe z. T. mit Leukocyteninfiltration. Patientin ist schon am folgenden Tag fieberfrei. Sie ist stark anämisch, Hb. 38%. Patientin bleibt nun dauernd fieberfrei. Das Allgemeinbefinden bessert sich, sodaß bei der Entlassung am 21. Tag des Klinikaufenthaltes der Hb.-Gehalt auf 60% gestiegen ist.

Entlassung.

II. Kritische Besprechung:

1. Material.

Bevor wir an die kritische Auswertung der an der Würzburger Universitätsfrauenklinik in der Zeit vom 1. I. 1923 bis XII. 1935 gesammelten Fälle gehen, seien zunächst einige wichtige Angaben über das der Arbeit zugrunde liegende Material gemacht. Die Gesamtzahl der Geburten während der 13 Jahre beträgt 10 012. Es wurde dabei in 213 Fällen ausgetastet, in 16 Fällen ging der Austastung eine manuelle Placentarlösung voraus. Auf die Gesamtzahl der Geburten bezogen, wurde also in 2,12% ausgetastet, was einem Zahlenverhältnis von annähernd 1 : 47 entspricht. Die Verteilung der Fälle auf die einzelnen Jahre ist folgende:

Jahr	*Geburten*	*Austastungen*	*in %*
1923	745	0	0
1924	698	9	1,3
1925	803	11	1,3
1926	766	10	1,3
1927	666	32	4,8
1928	746	13	1,8
1929	786	14	1,8
1930	785	13	1,7
1931	741	26	3,5
1932	739	26	3,5
1933	723	12	1,6
1934	795	17	2,1
1935	1019	30	2,8
13 Jahre	10 012	213	2,12%

Diesen 213 Austastungen gingen in 168 Fällen = 78,8% Spontangeburten voraus, während in 50 Fällen = 23,4% die Geburt operativ beendet wurde. Hierbei handelt es sich in 5 Fällen um Gemini, von denen der eine spontan, der andere durch operativen Eingriff geboren wurde, die Austastung wurde in 165 Fällen = 77,4% unmittelbar nach der Geburt, in 51 Fällen = 23,8% erst im Wochenbett ausgeführt. Zweimal wurde dabei sowohl im unmittelbaren Anschluß an die Geburt als auch zum zweiten Mal im Wochenbett ausgetastet (Fall 10, 43).

Über die Placentarperiode erfahren wir folgendes: In 104 Fällen = 49,3% wurde die Placenta völlig spontan geboren; in weiteren 15 Fällen = 7% zwar spontan, aber durch leichten Druck von oben. In einem weiteren Fall wurde außerhalb der Klinik Credé und manuelle Lösung der Placenta versucht, beides ohne Erfolg. Die Placenta wurde dann in der Klinik spontan geboren.

Der Credé'sche Handgriff zur Herausbeförderung der Placenta wurde in 71 Fällen = 33% angewandt und führte zum Ziel. 16mal = 7,5% mußte die Placenta manuell gelöst werden, nachdem vorheriger Credé erfolglos geblieben war. In 8 Fällen ist die Art, wie die Placenta geboren wurde, nicht feststellbar.

Daraus zeigt sich, daß nur in etwa 50% aller Fälle der natürliche Ablösungsmechanismus der Placenta ungestört geblieben war, während in dem übrigen Teil der Fälle durch Druck leichterer oder stärkerer Art oder durch einen intrauterinen Eingriff Störungen eintraten, die wohl einen erheblichen Teil mit zur Retention von Placentarteilen beitrugen.

2. *Indikationen*[1]).

Die Indikationen, die den Arzt die Notwendigkeit einer Austastung p. p. nahelegen, können verschiedener Art sein, so die:

a) sicher unvollständige Placenta,
b) nicht sicher vollständige Placenta.

Dazu kann noch eine Blutung hinzutreten, welche die schon gegebene Indikation noch verstärkt

Es kann aber auch anderseits der Fall sein, daß wir die Nachgeburt als vollständig ansehen und eine plötzlich auftretende, länger anhaltende Blutung im Wochenbett, aus dem schlecht zurückgebildeten Uterus bei vielleicht noch bestehendem Fieber, in uns den dringenden Verdacht darauf erwecken muß, daß noch ein Placentarrest retiniert sein könnte und wir dann zum Handeln gezwungen werden.

Damit ist die Einteilung der Fälle in zwei große Gruppen bereits gegeben und zwar 1. in jene, bei denen unmittelbar nach der Geburt ausgetastet wurde; 2. in die, bei denen der Eingriff im Wochenbett erfolgte. Danach gegliedert entfallen auf die erste Gruppe der sofortigen Austastung p. p. 165 Fälle = 77,4%. Die Indikation zur Austastung gab in 57 Fällen = 27,2% die sicher unvollständige Placenta mit hinzutretender Blutung in 25 Fällen. Wegen nicht sicher vollständiger Placenta wurde in 98 Fällen = 46% nachgetastet, bei denen es in 40 Fällen blutete. 5mal = 2,3% wurde der Eingriff wegen heftiger lebensbedrohender Blutung ausgeführt, trotzdem die Placenta als vollständig angesehen werden konnte.

---

[1]) Die in Kapitel 2, 3, 4 angegebenen Prozentzahlen sind zum Zwecke der Vergleichsmöglichkeit zu einander alle auf die Gesamtzahl der Fälle = 213 bezogen.

In 4 Fällen war über die Vollständigkeit der Placenta kein Befund zu erheben, da diese Frauen außerhalb der Klinik entbunden und wegen Blutung eingewiesen wurden. In einem andern Fall wurde bei einer Frau die außerhalb entbunden, sowohl unmittelbar p. p. von einem Arzt draußen die Gebärmutter ausgetastet und wenige Tage spärer eine Abrasio vorgenommen. (Fall 182).

Im Puerperium wurde insgesamt 51mal = 23,8% ausgetastet. Die Indikation hierzu gab in 32 Fällen = 15% eine heftige Blutung. Die Placenta war hier in jedem Fall als vollständig angesehen worden. In 3 Fällen = 1,4% konnte die Placenta zwar nicht als sicher vollständig angesehen werden, jedoch wurde, da der Uterus sich gut kontrahierte und es nicht blutete, von einer Austastung Abstand genommen; Fieber und Blutung im Wochenbett zwangen zum Eingriff. 2mal = 1% war die Placenta als sicher unvollständig angesehen worden; es wurde hierbei auch unmittelbar p. p. ausgetastet. Jedoch wurde anscheinend der Rest nicht völlig entfernt, sodaß im Wochenbett die Austastung noch einmal wiederholt werden mußte.

In 14 Fällen endlich war es nur die bestehende Blutung mit teilweise bestehendem Fieber, die zum Eingriff zwangen. Diese Frauen hatten alle außerhalb entbunden und so war über die Vollständigkeit der Placenten kein Befund zu erheben.

3. Austastungsbefund.

Setzen wir nun die für die Austastung gegebene Indikation in Beziehung zu dem erzielten Austastungsergebnis, so erhalten wir folgendes Resultat.

I. Austastungen unmittelbar post partum ausgeführt.

a) In den 57 Fällen bei denen die Placenta als sicher unvollständig angesehen wurde, fand man in 51 Fällen = 23,8% Placentarreste, 4mal handelte es sich nur um Deciduareste, in einem Fall fand man Blutcoagula und im letzten war das Cavum uteri leer.

b) In den 98 Fällen bei denen die Placenta als nicht sicher vollständig angesprochen wurde, fand sich nur in 30 Fällen = 14% Placentarreste, 27mal Decidua, 8mal Blutcoagula und 32mal war der Uterus leer. In 3 Fällen ließ sich durch mikroskopische und makroskopische Untersuchung nicht eindeutig erweisen, ob es sich bei dem ausgetasteten Material um Placentarreste handelt.

c) In den 5 Fällen bei denen, als vollständig angesprochener Placenta, wegen bedrohlicher Blutung ausgetastet wurde, fand sich in 3 Fällen der Uterus völlig leer; in einem Fall wurde Decidua, im andern nur Blutcoagula entfernt.

d) In den 5 Fällen bei denen man über die Vollständigkeit der Placenta nichts erfahren konnte, d. h. jene Fälle, die entbunden in die Klinik kamen, war in 2 Fällen schon außerhalb ausgetastet worden. Ergebnis unbekannt. In den noch restlichen 3 Fällen fand man einmal Placentarreste, einmal Decidua und einmal Blutcoagula.

II. Austastung im Puerperium.

a) in 2 Fällen, in denen die Placenta als sicher unvollständig erkannt worden war und bei denen bereits unmittelbar p. p. ausgetastet wurde, mußte wegen bestehenden Fiebers in einem Fall und starker Blutung in beiden, der Eingriff im Wochenbett wiederholt werden. Beide Male fanden sich Placentarreste. Diese beiden Fälle lehren uns eindringlichst die Austastungen so auszuführen, daß wir sofort bei dem ersten Eingriff alle im Uterus befindlichen Nachgeburtsreste völlig entfernen, da wir sonst, wenn wir durch zurückgebliebene Reste gezwungen werden ein zweites Mal und da unter wesentlich ungünstigeren Bedingungen, das Leben und die Gesundheit der Frau unnötig gefährden.

b) In den 3 Fällen (siehe Fall 3 — 32 — 153) von nicht sicher vollständiger Placenta, bei denen wegen Fiebers und Blutung in 2 Fällen und wegen Blutung im dritten im Wochenbett ausgetastet wurde, fand sich in 2 Fällen = 1,4% Placentarreste, 1mal Decidua.

c) in 32 Fällen, bei denen die Placenta als vollständig bezeichnet wurde und wo — wegen Blutung und Fiebers in 6 Fällen — ausgetastet wurde, ergab sich folgendes Resultat: 14mal = 6,6% sicher Placentarreste, 2mal = 1% fraglich Placentarreste, 10mal Decidua, 3mal Blutcoagula, 1mal Schleimhautfetzen und in 3 Fällen war der Uterus leer.

d) In den 14 Fällen, bei denen wegen Entbindung außerhalb sich die Vollständigkeit der Placenta nicht feststellen ließ und bei denen die Austastung im Wochenbett ausgeführt wurde, fand sich 11mal = 5,1% Placentarreste, in 3 Fällen wurde Decidua entfernt.

Fassen wir nun das gesammelte Material zusammen, und beurteilen wir nun an Hand des Austastungsergebnisses die Berechtigung des Eingriffes, so ergibt sich folgendes Bild:

1: Die Diagnose; sicher unvollständige Placenta, die in 57 Fällen = 26,8% gestellt wurde, war, wie uns das Austastungergebnis zeigt, nur in 51 Fällen d. h. 23,8% berechtigt, da nur bei diesen Placentarreste gefunden wurden.

2: Die Diagnose; nicht sicher vollständig Placenta, die in 101 Fällen = 47,4% war, wie das Austastungergebnis erwies, nur in 33 Fällen d. h. in 15,5% berechtigt, da nur in diesen Fällen Placentarreste entdeckt wurden.

3: In 16 Fällen wurde, wie das Austastungsergebnis zeigte, die Diagnose „Sicher vollständige Placenta" zu unrecht gestellt, da hier bei der im Wochenbett erfolgten Austastung sich Placentarreste fanden, d. h. in 7,5%.

Insgesamt erhalten wir somit folgendes Resultat: Bei 213 Austastungen (in 3 Fällen wurde unmittelbar p. p. und ein zweitesmal im Wochenbett ausgetastet) wurde in 116 Fällen Placentargewebe entfernt, d. h. 54,4% war der Eingriff unbedingt berechtigt.

Die Kontrolle des Austastungsmaterials wurde in 116 Fällen von 213 Fällen nur makroskopisch und mikroskopisch durchgeführt.

Diagnose	*Sicher Placentarreste*	*Fraglich Placentarreste*	*Decidua*	*Blut*	*Uterus leer*
Vollständig	14 = 6,4%	2 = 0,8%	11	5	5
Nicht sicher vollständig	32 = 15,0%	3 = 1,2%	28	8	30
Sicher unvollständig	53 = 24,5%		4	1	1
Fraglich	12 = 5,5%		4	1	
	111 = 52,4%	5 = 2,0%	47	14	36
	116 = 54,4% Austastung berechtigt.		97 = 45,6% Eingriff unnötig.		

4. Prognose.

Wie ein jeder operativer Eingriff während der Geburt oder im Wochenbett den weiteren Krankenbettsverlauf in mehr oder minder starkem Maße trüben kann, so birgt auch die Austastung in sich eine gewisse Gefahrenquote, die unter den verschiedensten Bedingungen, wie z. B. Fieber — großer Blutverlust — mehr oder minder groß sein kann. Von besonderer Bedeutung ist natürlich der Zeitpunkt, an dem die Austastung stattfindet. Der Eingriff bei einer wenig geschwächten Patientin unmittelbar nach der Geburt ausgeführt wird eine bessere prognostische Bewertung finden müssen, als derselbe Eingriff, der unter wesentlich ungünstigeren Bedingungen erst später im Wochenbett ausgeführt wird.

Ich habe eine Gliederung der Fälle vorgenommen in solche:

a = p. p., b = i. puerp.; weiter:

α) In solche, bei denen nach dem Eingriff keine Störungen auftraten.

β) In solche, bei denen das Wochenbett durch leichte Temperaturen (nicht über 38°, rektal) getrübt war.

γ) In solche, die nach dem Eingriff höhere Temperaturen und Komplikationen im Gefolge hatten.

Zu a):

Nach diesen Gesichtspunkten geordnet, verlief das Wochenbett in den 165 Fällen, wo der Eingriff unmittelbar nach der Geburt ausgeführt wurde, wie folgt: In 93 Fällen = 44,1% völlig störungsfrei; 2mal = 0,9% war das Wochenbett wegen einer Thrombophlebitis über 14 Tage verlängert. Leichtere Temperatursteigerungen jedoch nicht über 38°, rektal trat in 41 Fällen auf = 19,2%. Dabei kann in 3 Fällen die Temperaturerhöhung nicht allein der erfolgten Austastung zur Last gelegt werden. Es bestanden

in diesen Fällen bereits vor dem Partus erhöhte Temperaturen und zwar handelt es sich in 2 Fällen um eine Tbc. pulmonum, in 1 Fall um eine Coxitis. Diesen 41 Austastungen gingen in 9 Fällen operative Entbindungen voraus.

Fieber trat nach dem Eingriff in 23 Fällen auf = 10,8%. Dabei bestand bereits in 2 Fällen Fieber unter der Geburt, in 6 weiteren Fällen ist die Temperatursteigerung nicht in ursächlichen Zusammenhang mit dem Eingriff zu bringen. In dem 1. dieser Fälle trat am 8. Tage p. p. eine plötzliche Temperaturerhöhung ein, die in den nächsten Tagen wieder abklang und auf einen katarrhalischen Infekt zurückzuführen war. Im 2. Fall handelt es sich um Gemini bei Plac. praevia mit sehr starkem Blutverlust. 1 Tag Fieber am 3. Tag p. p. Im 3. Fall rührte das Fieber von einer Bronchitis her. Im 4. Fall besteht Verdacht auf subphren Abzeß; eine Pleurapunktion fördert trübes, seröses Exudat. Dazu kommt als weitere Komplikation eine Otitis media. Im 5. Fall war es eine beginnende Mastitis, welche die Temperatursteigerungen hervorbrachte.

Im 6. Fall trat eine einmalige Temperaturzacke von 39° auf, als eine Reaktion auf eine erfolgte Bluttransfusion (Serumkrankheit). Auch im 7. Falle erscheint der Zusammenhang mit der Nachtastung als sehr zweifelhaft. Es traten hier am 6. und 12. Tag einmalige Temperaturzacken auf 39° und 38° rektal auf, verbunden mit einem urticariellen Ausschlag, der jedesmal bis zum Abend desselben Tages verschwand. In den nun noch verbleibenden 14 Fällen müssen wir annehmen, daß das Fieber der erfolgten Austastung zuzuschreiben ist. Dabei kam es in einem Fall zu einer Pyometra mit mehrtägigem Fieber und Schüttelfrösten, in einem andern Fall zu einer Endometritis. Das Wochenbett war in beiden Fällen verlängert. In 3 Fällen bestand 1 Tagsfieber bei 1mal verlängertem Wochenbett, 2mal dauerte das Fieber 2 Tage. Die gereinigte schwere Morbidität beträgt somit 6,5%.

Letal endeten 6 Fälle = 2,6%. In 5 dieser Fälle ist der Tod der Frauen in keinerlei Zusammenhang mit der erfolgten Austastung zu bringen. In dem einen Fall (siehe Fall 9) handelt es sich um einen Exitus bei Placenta praevia. Die Obduktion ergab: akute Anämie sämtlicher Organe. Im zweiten Fall (23) handelte es sich wahrscheinlich um eine Intoxikation durch Gynergenschädigung. Todesursache durch die Sektion nicht feststellbar. Im 3. Fall (58) kam es im Anschluß an ein Erysipel des linken Unterschenkels zu einer Gangrän des linken Fußes, an deren Folgen die Patientin wenige Tage später ad exitum kommt. Im 4. Fall (66) hatte die Patientin schon vor der Geburt eine schwere Infektion, der sie dann schließlich erlegen. Im 5. Fall (83) ist der Tod auf eine akute Anämie zurückzuführen. In dem 6. letal endenden Fall (157) müssen wir den Tod der Patientin der erfolgten Austastung zur Last legen. Schon gleich nach dem Eingriff bestehen subfebrile Temperaturen. Am 2. Tag steht Patientin auf, muß in der Folgezeit jedoch wieder zu Bett, da die Temperatur am 5. und 6. Tag auf 39,8° steigt. Der Leib ist gespannt, es besteht ausgesprochene Druckempfindlichkeit des Abdomens

und Erbrechen, beginnende Peritonitis. Jedoch tritt in der Folgezeit eine erst linksseitige und dann doppelseitige Pneumonie in den Vordergrund des Krankheitsbildes, hinzu kommt noch eine allgemeine Kreislaufinsuffizienz, sodaß Patientin am 23. Tag p. p. zu Hause ad Exitum kommt.

Diagnose: Sepsis, Pneumonie, Kreislaufinsuffizienz.

Die reduzierte Mortalität für die Austastung unmittelbar post partum ausgeführt beträgt 0,6%.

Zu b):

Betrachten wir nun die Fälle, bei denen die Austastung erst im Wochenbett stattfand, so finden wir, daß in 28 = 13,1% Fällen keinerlei Störungen auftraten.

Fieber (über 38,5° rektal) trat nach dem Eingriff in 18 Fällen auf. Von diesen waren vor dem Eingriff 6 fieberfrei, bei den restlichen 12 Frauen bestand Fieber. In 3 Fällen war das Fieber um 39° und dauerte nur einen Tag. Morbidität = 8,4%.

Letal endeten 3 Fälle = 1,4%. Bei 2 Frauen war der Eingriff außerhalb der Klinik erfolgt; in einem dieser Fälle war außerhalb sowohl unmittelbar nach der Geburt, als auch im Wochenbett ausgetastet worden. Die Patientin wurde in desolatem Zustand in die Klinik verbracht. Im 1. Fall (75) handelt es sich um eine Patientin, bei der am 16. Tag p. p. eine Austastung vorgenommen wurde. Es bestand vor dem Eingriff eine sehr erhebliche Anämie, Hb. 18% und Fieber. Die Frau kam am 10. Tag nach dem Eingriff ad exitum. Die Obduktion ergab: Starke Anämie sämtlicher Organe, Thrombose der linken v. femoralis, der rechten v. iliaca, und des Plexus uterinus. Sepsis, septische Embolie beider Lungen.

Im 2. Fall (153) ergab die Sektion: Hochgradige Anämie sämtlicher Organe. In den Lungen bronchopneumonische Herde, Herz schlaff und dilatiert. Septischer Milztumor. Uterus gut zurückgebildet. Das Endometrium ist schmierig belegt. An der Placentarhaftstelle mehrere festsitzende, erhabene Bröckel. Makroskopisch besteht Verdacht auf Placentarreste. Anatomisch-pathologische *Diagnose:* Hochgradige Anämie sämtlicher Organe. Sepsis post partum. Metastase im rechten Kniegelenk.

Im 3. Fall (182) ergab die Obduktion die eindeutige Feststellung, daß eine eitrige Endometritis zu einer eitrigen Thrombophlebitis geführt hatte. Diese teilweise eitrig eingeschmolzenen Thromben waren Ausgangsort für eine schwere Sepsis.

Die Mortalität beträgt demnach 5,8% für die Austastung im Puerperium bezw. unter Abzug der 2 auswärts ausgetasteten Fälle (75, 182) 1,9%.

Zusammenfassend sehen wir folgendes Ergebnis:

1. In 123 Fällen traten nach dem Eingriff keinerlei Störungen auf = 58%.
2. Störungen leichterer Art, die auf den erfolgten Eingriff zurückzuführen sind, traten in 41 Fällen auf = 19,2%.

3. Fieber, d. h. Temperaturen über 38,5° rektal war in 32 Fällen zu verzeichnen = 15%.

4. Letal endeten von 213 Fällen 4 = 1,8% bezw. unter Abzug der außerhalb Ausgetasteten = 0,9%.

	Zahl	*Austastung erfolgreich*	*Austastung ergebnislos*
Austastung p. p.	165	85 = 51,5% Mortalität = 0%	80 = 48,5% Mortalität = 1,2%
Austastung i. Puerp.	51	31 = 60,8% 1 †[1]) = 3,3% Mortalität	20 = 39,2% 2 †[2]) = 10% Mortalität

5. *Austastung bei Deciduaretention im Puerperium* (Fälle bereits in 2, 3 und 4 berücksichtigt).

Nach der bisherigen Auffassung unserer Klinik wurde nur bei retiniertem Placentargewebe eine Austastung für notwendig erachtet und als berechtigt angesehen. Aufmerksam gemacht durch die von KLAFTEN (Wien) gemachten Ausführungen und angeführten Fälle (siehe Teil 1), fielen mir bei den von mir beschriebenen 213 Fällen ganz besonders 11 auf, bei denen es im Wochenbett plötzlich zu einer heftigen Blutung kam, die eine Austastung notwendig machte. In all diesen Fällen wurde im Austastungsmaterial sowohl durch makroskopische und mikroskopische Untersuchung nur Deciduareste gefunden. Die Blutung stand in jedem der Fälle nach Entfernung der Gewebereste. In allen Fällen war die Nachgeburt als sicher vollständig erkannt worden. (Krankenberichte, siehe Fall Nr. 37, 39, 45, 48, 74, 77, 81, 82, 100, 127, 154.)

Es kann also in all diesen Fällen das retinierte Deciduagewebe als Anlaß zu der im Wochenbett aufgetretenen Blutung angesehen werden. *Ich glaube, daß die Fälle uns dazu Anlaß geben sollten, einen jeden größeren Deciduadefekt nicht völlig außer Acht zu lassen; denn die Ansicht, daß retiniertes Deciduagewebe im Uterus als Fremdkörper wirke, und als solches von ihm von selbst ausgestoßen werde, scheint, wie es die angeführten Fälle zeigen, nicht der Fall zu sein.*

6. *Austastung bei Placenta praevia* (Fälle bereits in 2, 3 und 4 berücksichtigt).

Eine ganz besondere Bedeutung gewinnt die Austastung des Uterus in Fällen von Placenta praevia. Wenn es an und für sich schon sehr schwierig ist, die Vollständigkeit der Placenta bei einer spontan ausgestoßenen Nachgeburt festzustellen, um wievieles wird dies erst noch erschwert bei einer

[1]) Patientin hat außerhalb der Klinik entbunden und wurde in der Klinik ausgetastet.

[2]) Patientinnen haben außerhalb der Klinik entbunden und wurden ebenfalls draußen auch ausgetastet.

stark zerfetzten oder artifiziell perforierten Placenta. Da wir in einem überaus großen Prozentsatz die Vollständigkeit der Placenta mit absoluter Sicherheit überhaupt nicht feststellen können, so erhebt sich die Frage, ob man nicht in einem jeden Fall von Placenta praevia nachtasten soll.

Die Praxis lehrt hier folgendes:

An unserer Klinik entfielen auf die angegebene Berichtszeit von 1923 bis 1935 bei 248 Fällen von Placenta praevia insgesamt 21 Austastungen, das sind 8,4% der Fälle von Placenta praevia. Dabei handelt es sich in 6 Fällen um einen tiefen Sitz der Placenta und in den übrigen 15 Fällen um Placenta praevia. Die Indikation gab jedesmal die stark zerfetzte Placenta, deren absolute Vollständigkeit nicht nachweisbar war; dazu kam noch als weiteres Anzeichen das Fortbestehen einer mehr oder minder starken Blutung. Das Ergebnis der Austastung war in 11 von 21 Fällen = 52,4% Placentarreste, in 5 Fällen Decidua, und in den noch restlichen Fällen war das Cavum uteri leer.

Vergleichen wir die Zahl der Austastungen nach Placenta praevia = 8,4% mit der nach normalen Geburten = 2,12%, so sehen wir, daß in den Fällen von Placenta praevia oder tiefem Sitz der Placenta viel häufiger die Indikation zur Austastung gegeben ist. Es besteht daher gerade hier die unbedingte Forderung einer peinlichen Kontrolle der Placenta. Ist diese unvollständig oder besteht auch nur der Verdacht, daß das Uterus Cavum nicht völlig leer ist und besteht außerdem die Blutung fort, so muß in all diesen Fällen ohne längeres Zuwarten unverzüglich ausgetastet werden, um den meist schon erheblichen Blutverlust nicht noch durch zu langes Warten noch zu steigern und so das Leben der Frau in einem erhöhten Maße zu gefährden.

7. *Schlußwort.*

Rückblickend können wir an Hand der gesammelten Fälle zusammenfassend folgendes sagen: Die Grundlage, von der unser Handeln und unsere Therapie ausgeht, ist die Vollständigkeit der Placenta. Hierbei ergeben sich nun folgende Möglichkeiten:

1. Sicher unvollständige Placenta. Hierbei müssen wir immer und in jedem Fall austasten. Sollte sich in dem einen oder andern Fall jedoch nachträglich herausstellen, daß die Austastung unnötig war, so ist es besser ausgetastet und damit schwerwiegenden Folgen aus dem Weg zu gehen, als abzuwarten.

2. Nicht sicher vollständige Placenta. Auch hier sind wir zum selben Vorgehen gezwungen wie bei 1. Entdecken wir an einer Placenta eine Gewebelücke oder zeigen sich klaffende Gefäße, und läßt sich durch Aneinanderlegen der Ränder der Defekt decken, so ist die Vollständigkeit der Lücke wahrscheinlich, ist dies jedoch nicht einwandfrei möglich, so ist jedesmal die Indikation zur Austastung gegeben.

3. Placenta sicher vollständig. In diesen Fällen dürfen wir nicht austasten. Jedoch heißt es hierbei doppelt Vorsicht. Hierzu mahnen uns jene Fälle (32), bei denen die Placenta als sicher vollständig erkannt worden war und wo es dann im Wochenbett zu Blutung und Fieber kam und nun unter wesentlich ungünstigeren Bedingungen der Eingriff ausgeführt werden mußte.

Das Wichtigste und Entscheidendste für die Frage der Austastung ist also die Notwendigkeit einer möglichst genauen und exakten Indikationsstellung auf Grund der auf ihre Vollständigkeit geprüften Placenta.

Am Schlusse der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht Herrn Professor Dr. *Gauß*, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Würzburg, für die Überlassung des Themas und der Unterstützung bei Abfassung der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich außer den Krankenblättern der Würzburger Universitäts-Frauenklinik, sowie der angeführten Literatur keine anderen Quellen bei der Abfassung meiner Arbeit benutzt habe.

Literatur-Verzeichnis.

PRAGER, L.: Manuelle Entfernung von festsitzenden Blutcoagula und Eihautresten aus dem Uterus bei Nachgeburtsblutungen. Zentralblatt für Gynäkologie, 1926, Nr. 28.

KOCH, E.: Zur rationellen Behandlung der durch retinierte Blutcoagula hervorgerufenen Nachgeburtsblutung. Zentralblatt für Gynäkologie, 1926, Nr. 50.

KOCK, FR.: Zur Therapie der Blutungen p. p. Zentralblatt für Gynäkologie, 1926, Nr. 36.

KLAFTEN, E.: Zur Ätiologie der puerperalen Spätblutungen. Zentralblatt für Gynäkologie, 1926, Nr. 8.

PANKOW: Placentarrest und Austastung. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1925, Band 69.

HENKEL: Manuelle Placentarlösung und Austastung des postpartalen Uterus. Medizinische Welt, 1933.

STÖCKEL, W.: Pathologie und Therapie der Nachgebrutsblutungen. Archiv für Gynäkologie, 1925, Band 125.

HABA, A.: Die Behandlung der Placentarperiode mit besonderer Berücksichtigung der Entfernung der im Innern zurückgebliebenen Placentarreste. Archiv für Gynäkologie, 1926, Band 1927.

GRANZOW, J.: Die Prognose der manuellen Placentarlösung und der Uterusaustastung nach der Geburt in und außerhalb der Klinik. Zentralblatt für Gynäkologie, 1934, G. 981—987.

LANGER, E.: Infektionsverhütung bei manueller Placentarlösung und Nachtastung. Medizinische Welt, 1933.

FÜTH: Zur Technik der digitalen Ausräumung. Zentralblatt für Gynäkologie, 1925, Nr. 3.

SIEDENTOPF, H.: Beitrag zur Frage: Aktive oder konservative Behandlung der Wochenbettsblutungen.

COUVELAIRE: Behandlung der Spätblutungen nach Entbindungen, insbesondere der mit Blutungen einhergehenden Form der Puerperalinfektion. Zitiert aus Jahresbericht der Gynäkologie und Geburtshilfe, 1932, Bd. 22.

MARKOFF, N.: Über die Cürettage des puerperalen Uterus bei infizierten Fällen mit Placentarrest. Zitiert aus Jahresberichte der Gynäkologie und Geburtshilfe, 1934, Bd. 26.

Lebenslauf.

Ich bin am 22. Juli 1909 zu Gemünden a. M. als Sohn des Lokomotivführers *Julius Böhm* geboren. Nach Besuch der Volksschule und der Oberrealschule zu Fulda erwarb ich am 19. Februar 1931 das Zeugnis der Reife. Ich studierte an den Universitäten Wien und Würzburg, wo ich im November 1932 die ärztliche Vorprüfung bestand. Meine klinischen Semester verbrachte ich an den Universitäten München und Würzburg, wo ich im Januar 1937 das medizinische Staatsexamen beendete.